

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° 293

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges PICARD

Né le 15 Octobre 1912, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine

DES COLLECTIONS
PELVIENNES SUPPURÉES
OUVERTES DANS L'INTESTIN
ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

No.

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges PICARD

Né le 15 Octobre 1912, à PARIS (Seine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine

DES COLLECTIONS
PELVIENNES SUPPURÉES
OUVERTES DANS L'INTESTIN
ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Clinique médicale
Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique urologique
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Clinique de neuro-chirurgie
Clinique cardiologie
Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ADAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCOQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

R. UNIV.
 BIBLIOTHEEK
 LEIDEN

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK-
 BENTANO Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD.....	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU- LEMAIRE..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PERE

A MES PARENTS

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur Pierre MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Broca

Qui m'a inspiré ce travail.

*En témoignage de ma sincère grati-
tude et de mon très respectueux atta-
chement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Maurice CHEVASSU

Professeur de Clinique Urologique à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

*En hommage de ma profonde admiration
et de toute ma reconnaissance
pour la sollicitude qu'il m'a toujours
témoignée.*

A Monsieur le Professeur Charles LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Chirurgien à l'Hôpital Cochin

Membre de l'Académie de Médecine

A Monsieur le Docteur MOULONGUET-DOLERIS

Professeur agrégé à la Faculté

Chirurgien de la Maison Dubois

*En hommage de profonde gratitude
pour les observations qu'ils ont bien
voulu nous communiquer.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1930-31 Monsieur le Professeur A. GOSSET
Monsieur le Professeur E. SERGENT
1931-32 Monsieur le Professeur N. FIESSINGER

Externat

- 1932-33 Monsieur le Professeur A. GOSSET
1933-34 Monsieur le Professeur E. SERGENT

Internat

- 1934 (1^{er} semestre) :
Monsieur le Professeur agrégé J. LEVEUF
1935-36 (2^e semestre) :
Monsieur le Professeur agrégé G. ECALLE
1936-37 (1^{er} semestre) :
Monsieur le Professeur P. MOCQUOT
— (2^e semestre) :
Monsieur le Professeur agrégé P. BROCC
1937-38 (1^{er} semestre) :
Monsieur le Docteur Robert MONOD
— (2^e semestre) :
Monsieur le Professeur M. CHEVASSU
1938-39 Monsieur le Professeur P. MATHIEU

A MES MAITRES A LA FACULTE

Monsieur le Professeur A. HOVELACQUÉ

Chef des Travaux d'Anatomie

*Hommage de mon attachement et de
ma gratitude.*

Monsieur le Professeur H. ROUVIERE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

Monsieur le Professeur Eugène OLIVIER

A MM. les Docteurs : SÉILLE, Raoul-Ch. MONOD,
PADOVANI,
Chirurgiens des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur SUZOR
Accoucheur des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs : M. LEROY, BAYLE,
CHABRUT, GODARD, ISELIN.

A Messieurs les Docteurs : P. LANCE, POILLEUX,
GENTY, PALMER, PERGOLA.

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT
ODINET, GUIBE, J. BERNARD,
J. POSTEL (*in memoriam*).

A MES COLLEGUES ET AMIS

G.-Cl. SIMON, CORDEBAR.

A MON AMI

Au Docteur MARCAULT

A MES COLLEGUES D'INTERNAT

A MES AMIS

INTRODUCTION

L'ouverture dans l'intestin d'une collection pelvienne suppurée est une éventualité dont les conséquences, peu étudiées dans la littérature médicale, sont du plus haut intérêt tant clinique que thérapeutique et nous ont paru, sur le conseil de notre Maître le Professeur MOCQUOT, susceptibles de faire l'objet de notre thèse de doctorat.

Ces conséquences sont en effet très importantes à préciser : car si elles sont simples et bénignes lorsqu'il s'agit d'une suppuration d'ordre appendiculaire ou intestinal, elles sont particulièrement redoutables lorsqu'il s'agit d'une suppuration d'origine génitale de la femme.

L'ouverture dans l'intestin peut alors être l'origine de complications très graves : infection secondaire, fistules persistantes, qui nécessitent un traitement chirurgical long et délicat dont nous essayerons de préciser les principes directeurs et les indications.

De l'ouverture spontanée dans l'intestin nous rapprocherons au cours de cette étude les lésions intestinales opératoires causées par les adhérences très denses qui précèdent l'ouverture, car les conséquences cliniques et thérapeutiques sont les mêmes.

Exposé du plan

1^{re} PARTIE. — Nous préciserons d'abord quelles sont les collections pelviennes susceptibles de s'ouvrir dans l'intestin et avec quelle fréquence elles le font.

2^e PARTIE. — Puis nous étudierons :

Chap. I : Les signes de l'ouverture de l'abcès d'origine gynécologique dans le tube digestif. Nous étudierons ensuite les modes d'évolution que nous séparerons en deux chapitres.

Chap. II : Evolution favorable.

Chap. III : Evolution défavorable ; nous y insisterons et essayerons d'en préciser les causes.

Chap. IV : Nous opposerons ensuite brièvement l'évolution des collections d'origine intestinale à celle d'origine gynécologique.

3^e PARTIE. — Nous tenterons de préciser le traitement aux différentes périodes et dans les différents cas en étudiant successivement les méthodes et les indications.

4^e PARTIE. — Enfin nous apporterons différentes observations de collections suppurées ouvertes dans l'intestin avec les diverses évolutions qui en découlent.

PREMIERE PARTIE

QUELLES SONT LES COLLECTIONS PELVIENNES SUPPUREES QUI PEUVENT S'OUVRIR DANS L'INTESTIN ?

A. — Affections gynécologiques

Ce sont les plus fréquentes, les plus importantes, celles que nous étudierons surtout. Il peut s'agir :

1° De phlegmons pelviens

Succédant à une infection *post-abortum* ou *post-partum*, ils constituent des masses purulentes sous-péritonéales ; DELBET les avait séparés en phlegmons du ligament large et en phlegmons de la gaine hypogastrique ; mais ces deux variétés peuvent chacune se propager fort loin et rien ne vient les distinguer quant à leur ouverture dans l'intestin, qui se fait le plus souvent dans le rectum, mais aussi dans le cæcum (cf. Obs. n° 7) ou dans le sigmoïde (Obs. n° 17).

2° De pelvi-péritonites suppurées d'origine génitale

Elles forment des cavités purulentes plus ou moins importantes, sans parois propres, mais limitées par

des adhérences inflammatoires et des anses intestinales (grêle et colon sigmoïde) agglutinées.

Il faut leur réserver le nom d'*abcès pelvien* pour les séparer des précédents. Très souvent ils siègent dans le cul-de-sac de Douglas, on les appelle alors abcès du Douglas.

Ce siège fait comprendre la particulière fréquence de leur ouverture dans le rectum (Obs. n° 1, n° 2, n° 3, n° 4) ; mais elles peuvent aussi s'ouvrir dans le côlon sigmoïde, le cæcum ou l'intestin grêle.

Ces deux variétés s'ouvrent dans quelques cas à la fois dans l'intestin et la vessie, donnant des fistules particulièrement graves.

3° De pyosalpinx et d'abcès péri-tubaires

On sait la fréquence avec laquelle les salpingites suppurées tombent dans le cul-de-sac de Douglas, contractent des adhérences intimes avec le haut rectum et finissent par s'y évacuer. Nous rapporterons quatre cas de salpingites ainsi fistulisées dans le rectum (Obs. n°s 9, 10, 11, 14).

Mais même lorsque le pyosalpinx ne s'est pas ouvert dans le rectum les adhérences serrées qui l'unissent à cet organe, ou au côlon pelvien, expliquent la fréquence des lésions opératoires de l'intestin lors de leur extirpation (cf. la thèse d'Evrard, Paris 1922).

4° Abcès de l'ovaire, kystes suppurés de l'ovaire, hématoécèles suppurées

Leur ouverture dans l'intestin n'est pas rare.

5^o Tuberculose annexielle

Dans sa forme caséuse, elle doit prendre une place très importante à cause de la fréquence des lésions intestinales source de grosses difficultés opératoires, même si un abcès froid tubaire ou une poche de pelvi-péritonite tuberculeuse ne s'est pas fistulisée dans l'intestin, ce qui est loin d'être rare. Ces fistules sont souvent multiples ; le rectum et l'S iliaque sont le plus souvent en cause mais les lésions du grêle sont plus fréquentes que dans les variétés précédentes.

Il faut de plus insister sur le fait qu'il peut y avoir non seulement des adhérences banales mais souvent une véritable infiltration tuberculeuse des différentes tuniques de l'intestin, ce qui rend le traitement beaucoup plus difficile.

Il n'y a cependant pas lieu, comme le fait remarquer le Professeur Mocquot, de séparer entièrement ces abcès tuberculeux des suppurations banales, car « ils sont constamment le siège d'une infection secondaire, ils se comportent dès lors comme des abcès chauds et les indications thérapeutiques ne paraissent pas différentes ».

B. — Affections intestinales

Au premier rang de celles-ci doivent prendre place par leur plus grand nombre *les abcès appendiculaires* ; ils peuvent communiquer avec le cæcum par l'intermédiaire de l'appendice ou d'une perforation,

ils peuvent s'ouvrir secondairement dans le rectum et même le grêle.

Viennent ensuite les abcès d'origine sigmoïdienne (sigmoïdites suppurées), ceux d'origine diverticulaire, les suppurations secondaires à une iléite terminale ou à un cancer du côlon.

C) Nous ne ferons que citer les *suppurations génitales de l'homme*, c'est-à-dire essentiellement les prostatites qui s'évacuent ou sont incisées par voie rectale de façon simple et sans aucune complication.

D) Par contre, nous éliminerons du cadre de cette étude les *abcès froids ossifluents* (abcès intra-pelviens de la coxalgie, abcès pottiques et surtout abcès de la sacro-coxalgie). Rappelons qu'ils peuvent se fistuliser dans le rectum, c'est une complication redoutable entraînant à coup sûr une infection secondaire du foyer osseux presque toujours mortelle : c'est dire qu'il faut éviter par tous les moyens leur ouverture dans la cavité de l'intestin.

Nous étudierons d'abord et surtout les suppurations pelviennes gynécologiques.

LA FREQUENCE DE LEUR OUVERTURE DANS L'INTESTIN

Elle n'est pas considérable :

M. Pierre DELBET, dans son remarquable travail sur les « Suppurations pelviennes chez la femme » (1891), apporte 117 cas de suppurations ouvertes dans l'intestin, qui se décomposent ainsi :

Salpingites : 6 ouvertures sur 278 cas rapportés.

Tumeurs suppurées (kystes dermoïdes en particulier) : 5 ouvertures sur 62 cas.

Pelvi-péritonites : 21 cas d'ouverture sur 83 cas.

Dans 19 cas, le siège de l'ouverture a été précisé ;
il y a :

13 ouvertures rectales ;

2 rectales et vaginales ;

1 rectale et vésicale ;

2 cæcales ;

1 dans l'S iliaque et l'intestin grêle.

Hématocèles suppurées : 4 cas sur 24 rapportés.

Phlegmons pelviens : 45 cas sur 255.

Abcès divers : 36 cas sur 159.

Soit pour l'ensemble des cas une fréquence approximative de 13,5 %.

WHARTON, en 1921, a rapporté une impressionnante

statistique de 716 cas d'abcès pelviens et il ne compte que 32 fistules rectales :

10 cas ouverts avant tout examen ;

10 cas d'ouverture rectale pendant l'opération (colpotomie), dont un volontaire ;

12 fistules sont survenues pendant la convalescence.

Il n'y a que 1,8 % d'ouvertures primitives, à savoir :

10 ouvertures dans le rectum avant l'opération ;

1 ouverture simultanée dans le rectum et la vessie ;

1 cas où le rectum fut traversé de part en part (?) par l'abcès ;

1 cas où l'abcès fut ouvert par un toucher rectal, pratiqué sous anesthésie générale avant l'opération.

RIES JENSON en 1936, sur 328 cas rapportés, a noté seulement 12 cas d'ouverture spontanée dans le rectum, dont 5 dans des suppurations *post-partum* ou *post-abortionum* et 7 dans des suppurations d'origine tubo-ovarienne, et 2 cas d'ouverture spontanée dans le sigmoïde, soit au total 4,26 % des cas.

Il relate de plus 5 blessures du rectum et 2 du sigmoïde au cours de l'opération.

Pour ce qui concerne la *tuberculose annexielle*, GREENBERG (1921), sur 200 cas, a compté 11,5 % de lésions opératoires de l'intestin ; il a persisté dans 7 % des cas des fistules fécales tardives et dans 2 % des cas des fistules fécales vaginales.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

SIGNES DE L'OUVERTURE DE L'ABCES DANS L'INTESTIN

Au cours de l'évolution des abcès et phlegmons pelviens, *l'imminence de l'ouverture* dans le gros intestin est, en général, annoncée par des signes prémonitoires. Très souvent il y a aggravation de tous les symptômes antérieurs : la température subit une nouvelle montée, les douleurs s'exagèrent, il y a une véritable crise comme disait Pozzi. Mais surtout on note des signes intestinaux : diarrhée glaireuse et si la fistulisation doit se faire dans le rectum apparaissent des signes très caractéristiques de rectite : pertes glaireuses avec épreintes et ténesme pénible. Tous ces symptômes peuvent apparaître plusieurs jours avant l'ouverture (5 jours dans l'Obs. n° 1).

Mais parfois aucun signe fonctionnel ne vient annoncer la prochaine ouverture. Ce n'est qu'en cas de

menace vers le rectum qu'elle peut être décelée par l'examen physique : en effet le toucher rectal pratiqué systématiquement montre dans ce cas un œdème important de la muqueuse rectale avec en un point une zone tendue et amincie, que l'on aura bien garde de perforer, sous laquelle on sent nettement fluctuer la collection pelvienne.

L'évacuation rectale ou colique se fait brutalement, souvent accompagnée d'une vive douleur ; elle est plus ou moins nette suivant l'abondance de la collection. Tantôt il y a évacuation de pus franc sanguinolent, tantôt des selles verdâtres, puriformes, extrêmement fétides (par exemple dans notre Obs. n° 3) ; parfois la quantité de pus évacuée est si faible que l'ouverture peut passer inaperçue (tel fut le cas de l'abcès pelvien fistulisé dans l'intestin grêle qu'ont relaté LEFÈVRE et LAPORTE).

D'une façon à peu près constante, l'évacuation de pus dans les selles s'accompagne d'une remarquable amélioration : la malade est soulagée, elle ne souffre plus, la température revient à la normale, soit brusquement (voir l'Obs. n° 2), soit en lysis (Obs. n° 1).

En même temps les signes physiques se modifient : si l'évacuation a été complète, la masse suppurative n'est plus perçue, il ne persiste qu'un empâtement plus ou moins important ; si l'évacuation n'a pas été totale on perçoit encore une masse fluctuante mais diminuée de volume.

L'écoulement de pus dans les fèces va se poursuivre pendant plusieurs jours. Il est très important

pour pouvoir établir un pronostic, d'observer la façon dont se fait cet écoulement et, pour cela, il faut recueillir et examiner toutes les selles. M. Pierre DELBET distingue trois principaux modes d'écoulement :

a) Toutes les selles contiennent du pus, il y en a même d'exclusivement purulentes ; cela prouve que l'ouverture est bien placée et que l'évacuation se fait bien, il y a des chances pour que l'abcès guérisse ;

b) L'écoulement est intermittent dès le début : ce n'est que tous les deux ou trois jours que l'on trouve du pus dans les selles ; il est probable que l'ouverture est mal située, l'abcès ne se vidant que par regorgement. La guérison spontanée est peu probable ;

c) Le troisième mode est très différent : ce sont des écoulements très espacés qui traduisent de véritables récidives de la suppuration.

Nous étudierons l'évolution en 2 chapitres :

1° Evolution favorable ;

2° Evolution défavorable.

CHAPITRE DEUXIÈME

EVOLUTION FAVORABLE DES ABCES OUVERTS DANS L'INTESTIN

Fréquemment l'ouverture dans l'intestin est une éventualité heureuse qui va suffire à amener spontanément la guérison.

Les signes cliniques traduisent nettement cette évolution : la température qui était tombée plus ou moins rapidement à la normale s'y maintient ; les signes fonctionnels disparaissent peu à peu, seul l'écoulement de pus, de moins en moins abondant, va se poursuivre quelques jours. L'hyperleucocytose sanguine, signe très précieux de la suppuration, revient peu à peu à un taux normal.

Localement, la collection fluctuante perçue par les touchers rectaux et vaginaux a fait place à un empâtement rétro et latéro-utérin qui diminue progressivement.

La guérison se fait rapidement ; si l'abcès ne guérit pas vite après la fistulisation, il est probable qu'il ne guérira pas spontanément.

Dans les cas heureux en moins de huit jours il n'y a plus de pus dans les selles ; la fistule s'est

refermée complètement et définitivement : dans notre observation n° 2, vingt-cinq jours après l'ouverture dans le rectum, la fistule était si bien refermée qu'elle n'était plus visible lors de l'intervention abdominale pour salpingite associée.

Donc, d'une façon indiscutable, l'ouverture dans l'intestin d'une collection pelvienne suppurée peut être un mode de guérison de cette infection. Citons entre autres les opinions de STREISSLER :

« L'ouverture dans le rectum des abcès du Douglas représente un moyen de guérison naturelle, mais sur lequel nous ne pouvons compter ».

MOYNIHAN (Abdominal operations, London, 1918) dit :

« Les abcès qui s'ouvrent dans le rectum et le vagin guérissent plus vite ».

Nous rapportons plus loin diverses observations d'abcès pelviens qui ont guéri spontanément après leur ouverture dans le rectum.

CHAPITRE TROISIÈME

LES EVOLUTIONS DEFAVORABLES DES COLLECTIONS OUVERTES DANS L'INTESTIN

Contrairement à l'opinion de certains chirurgiens, l'heureuse évolution que nous venons de décrire est loin d'être constante ; la fistulisation dans l'intestin d'une suppuration d'origine génitale de la femme peut être une redoutable complication, parfois même mortelle. Nous insisterons sur ce point car il a été peu étudié ; nous n'avons pu trouver que peu de ces cas dans la littérature médicale ; les chirurgiens auraient-ils répugné à publier des cas malheureux ?

Pourtant les Traités de Gynécologie classique montrent très nettement la gravité possible de cette complication.

Le Professeur Pierre DELBET, dans les « *Suppurations pelviennes* », y insiste longuement et dit :

« S'il est hors de doute qu'un grand nombre d'abcès ouverts dans l'intestin guérissent très bien, il est non moins certain que beaucoup restent indéfiniment fistuleux et entraînent des accidents très graves ».

POZZI (*Traité de Gynécologie*, 1892) :

« L'abcès se vide mal et des faits de résorption chronique se manifestent ou bien l'abcès s'évacue en totalité mais se remplit ensuite et se vide encore à des périodes irrégulières... la malade tombe dans un état d'affaiblissement et d'hecticité... Dans des cas exceptionnels la malade guérit après évacuation de l'abcès ; mais ceux-ci laissent alors subsister après eux d'interminables fistules ».

BOURSIER et AUVRAY, dans leur *Traité de Gynécologie*, ont bien montré que souvent l'abcès se vidait mal :

« Il se crée des fistules permanentes souvent avec évacuation incomplète du foyer, ce qui amène tardivement la mort par rétention de produits toxiques et septicémie lente ».

FORGUE et MASSABUAU ont écrit dans la *Gynécologie* du *Traité de LE DENTÚ et DELBET* :

« L'ouverture des abcès pelvi-péritoniques dans le rectum est des plus fréquentes... ; elle laisse souvent persister une fistule interminable et qui s'infecte secondairement ».

JEAN-LOUIS FAURE considère aussi que la guérison spontanée est exceptionnelle après l'ouverture dans l'intestin.

Nous allons essayer de préciser les différents facteurs qui peuvent expliquer les complications graves qui suivent l'ouverture.

Facteurs expliquant l'évolution défavorable

Nous en distinguerons quatre :

- A) Non déclivité du drainage.
- B) Surinfection par les germes intestinaux.
- C) Modifications secondaires des parois de l'abcès.
- D) Modifications secondaires des parois de l'intestin et hémorragies possibles.

A. — Non-déclivité du drainage

Si l'ouverture de la collection ne se fait pas au point déclive, elle se draine mal et ne peut guérir.

Il faut d'abord préciser où se trouve le point déclive. Pour les abcès pelviens (pelvipéritonites), le point le plus déclive est le fond du cul-de-sac du Douglas. La distance moyenne du fond du Douglas à l'anus est en moyenne, chez l'homme adulte, de 5 à 6 centimètres, selon WALDEYER, de 5,5 à 10,8 d'après TRAGER ; chez l'enfant le cul-de-sac descend d'autant plus bas que le sujet est plus jeune, ce qu'explique l'embryologie.

Chez la femme, le Douglas est un peu plus profond que chez l'homme, il est situé de 4,5 à 10,8 cm. de la partie moyenne du périnée.

Dans les deux sexes le fond du Douglas est dans un plan horizontal passant par la première vertèbre coccygienne. Mais le Douglas descend plus bas lorsqu'il est rempli par le pus, tendant chez la femme à dédoubler la cloison recto-vaginale.

Ceci étant établi, il apparaît évident qu'un abcès pelvien, qu'il siège uniquement dans le Douglas ou qu'il y ait une poche, ne saurait être drainé par une ouverture dans le cæcum, le sigmoïde ou l'intestin grêle et par conséquent ne peut en général guérir. Par contre, l'ouverture spontanée dans le rectum peut suffire théoriquement à drainer l'abcès, si la fistule siège juste en regard du fond du Douglas et si elle est d'une largeur suffisante pour laisser écouler tout le pus. Mais l'ouverture ne se fait pas toujours à la face antérieure du rectum, à 5 ou 6 cm. de l'anus (ce que la rectoscopie permet de vérifier) ; de plus, l'orifice rectal tend rapidement à se refermer spontanément.

En cas de phlegmon pelvien, souvent aussi l'ouverture n'est ni déclive ni suffisante.

Un autre point vient encore expliquer l'insuffisance mécanique du drainage dans l'intestin : c'est que ces suppurations sont souvent formées par des poches cloisonnées, si bien que l'ouverture d'une de ces poches dans l'intestin ne peut assurer l'évacuation de toute la collection.

On peut aussi distinguer schématiquement, avec M. Pierre DELBET, des petits abcès à paroi mince qui s'ouvrent au point déclive et peuvent guérir facilement et des abcès volumineux à parois épaisses s'ouvrant par leur sommet qui ne se vide que par regorgement et vont rester presque fatalement fistuleux.

B. — Surinfection par les germes intestinaux

Mais ce qui nous paraît de beaucoup plus important et plus grave que l'insuffisance de drainage, c'est la surinfection fatale de la cavité de la suppuration par les redoutables germes intestinaux et le passage des matières fécales.

Certes MORIAN (*München Mediz. Wöchenschrift* 1906, p. 119) pensait que les matières passaient rarement par l'orifice intestinal et qu'en particulier dans les ouvertures chirurgicales par le rectum des abcès du Douglas (point sur lequel nous aurons à revenir), l'obliquité du trajet pouvait faire soupape sous l'influence de la poussée intestinale, laissant s'écouler le pus, mais arrêtant les matières. Ceci nous paraît bien théorique, d'ailleurs MORIAN lui-même a dû reconnaître que, dans un cas d'abcès ouvert par le rectum qu'il a dû drainer par une contre-incision sus-pubienne, des matières se sont écoulées par la plaie abdominale. Cependant il est des cas où le drainage paraît se faire à sens unique : par exemple dans l'observation 10.

Ainsi donc, par suite de sa fistulisation dans l'intestin, une suppuration due au streptocoque, au staphylocoque, au gonocoque ou au pneumocoque, va être surinfectée de façon massive par les microbes saprophytes de l'intestin : colibacille, anaérobies, tels le vibrion septique, le perfringens, hôtes habituels de cet organe. De plus, la cavité sera constamment réinfectée par le passage des matières par la fistule.

Cette surinfection paraît le fait essentiel pour expliquer les complications qui suivent l'ouverture intestinale des suppurations gynécologiques, qui s'opposent ainsi aux suppurations d'origine intestinale où cette surinfection n'est pas à redouter.

M. Pierre DELBET avait déjà montré l'importance de ces facteurs, lorsqu'il écrivait : « Une des principales causes qui empêchent la guérison de ces abcès ouverts dans l'intestin, ce doit être la pénétration des matières fécales dans le foyer. Il est très probable que si on évitait cette pénétration, les abcès guériraient ». Et il posait en principe la *dérivation des matières* pour amener la guérison, point fondamental de la thérapeutique ; nous y reviendrons.

C. — Modifications des parois de l'abcès

L'ouverture dans le tube digestif du foyer pelvien entraîne presque constamment des modifications très importantes de ses parois ; elles augmentent considérablement d'épaisseur, s'indurent au bout de peu de temps, vraisemblablement sous l'influence de l'affection secondaire, elles n'ont plus aucune tendance à revenir sur elles-mêmes après évacuation de leur contenu. Cette transformation des parois sera la source de grosses difficultés opératoires. Pozzi (Traité de Gynécologie) y avait insisté :

« Ces abcès pelviens fistuleux constituent une variété des plus importantes. A une période éloignée de leur développement initial, ils se réduisent à des

clapiers de peu d'étendue, mais très sinueux et plongés dans un tissu d'induration chronique dont la cure est excessivement difficile. ».

D. — Modifications des parois de l'intestin

Les différentes tuniques de l'intestin sont altérées à la suite de la fistulisation : des adhérences péritonéales très étendues et très serrées peuvent s'étendre loin de la fistule ; le pus peut décoller la tunique celluleuse du rectum surtout : « il se produit des sortes de fusées purulentes dans l'épaisseur même du rectum » (Pierre DELBET). La muqueuse est sans cesse irritée par l'écoulement purulent, elle s'œdématie, puis s'épaissit, s'indure, pouvant parfois simuler un cancer de l'intestin. Ces diverses lésions peuvent entraîner ultérieurement un véritable *rétrécissement de l'intestin* avec phénomènes occlusifs ou rétrécissement du rectum : dans la statistique de WHARTON, on note 2 cas d'obstruction et 5 cas de rétrécissement du rectum.

D'autre part l'envahissement des parois de l'intestin par l'infection peut ulcérer les riches vaisseaux de la paroi intestinale et donner des hémorragies parfois très inquiétantes. Enfin ces altérations des parois expliquent les difficultés possibles de la suture intestinale et les possibilités de lâchage secondaire de ces sutures.

Comment les évolutions défavorables se présentent au point de vue clinique

Nous distinguerons divers cas possibles :

- 1° Insuffisance de drainage.
- 2° Surinfection prédominante.
- 3° Persistance de fistules.
- 4° Hémorragies.

1° Insuffisance de drainage

Dans ces cas, après la détente des signes fonctionnels et généraux qui accompagnent l'évacuation, on assiste peu à peu à une reprise de tous les symptômes : surtout on note une élévation progressive de température, en même temps que cesse la présence de pus dans les selles ; le toucher vaginal montre que la collection s'est reformée.

L'abcès peut ensuite se vider à nouveau par l'intestin (évacuation par regorgement) et cette alternance de rétention et de drainage imparfait peut ainsi se poursuivre, tandis que l'état général s'altère de plus en plus.

D'autres fois le tableau est moins net : après la première évacuation, surviennent des poussées fébriles, des réapparitions ou des extensions du foyer, tous signes souvent atténués, mais la guérison tarde. Il en est très souvent ainsi, la convalescence est entrecoupée d'incidents : sur 27 cas d'abcès pelviens fistulisés dans le vagin et le rectum qui ont guéri, WHARTON a noté 12 convalescences fébriles et pro-

longées et 15 convalescences paisibles, mais plus longues que normalement.

Parfois le traitement médical : glace sur le ventre, vaccination, par le Propidon en particulier, peuvent suffire à amener la guérison. Nous l'avons observée une fois (cf. obs. n° 3) ; nous en avons trouvé un autre exemple dans la thèse de MAYONNADE :

Pelvipéritonite génitale chez une fillette de 13 ans, masse du volume d'un abricot para-rectale droite ; ouverture chirurgicale par le rectum ; au bout de trois semaines il persiste une petite masse qui guérit grâce à la vaccination par le Propidon.

Dans d'autres cas, le traitement médical échoue et il est nécessaire d'assurer chirurgicalement le drainage de la collection. Ainsi, en cas d'abcès pelvien, on fera une colpotomie ; en cas de phlegmon pelvien, on incisera parallèlement à l'arcade ; en cas de salpingite, on sera conduit à pratiquer une castration. Mais le résultat de cette incision sera une fistule stercorale, nous le verrons. Dans notre observation n° 7, un phlegmon pelvien déjà ouvert dans l'intestin a dû être incisé peu après ; dans la thèse de MAYONNADE, il est rapporté une observation semblable :

Femme de 41 ans, salpingite ancienne, poussée de pelvipéritonite ; évacuation par l'anüs de 3 cm. cubes de pus ; drainage insuffisant qui nécessite ensuite une colpotomie ; hystérectomie 3 mois après ; la fistule n'a pas persisté.

2° Surinfection

Elle peut survenir isolément ou s'associer aux signes précédents ; c'est, nous l'avons dit, la complication la plus redoutable, souvent mortelle si on n'intervient pas.

Elle se révèle plus ou moins rapidement et généralement d'une façon progressive ; certaines suppurations paraissent y échapper, sans doute grâce à la petitesse de la fistule ou à la précocité du traitement chirurgical.

L'infection qui semblait jugulée reprend une nouvelle virulence. La collection s'étend localement et souvent par poussées ; dans les phlegmons pelviens, on peut voir la collection envoyer à distance des fusées purulentes jusque dans la région lombaire, où elles peuvent simuler un phlegmon para-néphrétique (obs. n° 17) ; ces fusées finissent par s'ouvrir à la peau par de nombreux orifices fistuleux qui laissent s'écouler du pus mêlé à des matières.

Mais surtout l'état général s'altère progressivement ; la fièvre qui s'est rallumée oscille irrégulièrement, la malade s'anémie, maigrit de façon considérable et prend finalement l'aspect bien caractéristique des grandes infectées à la face livide, aux traits tirés, aux yeux cernés. L'évolution est assez lente cependant et irrégulière : six mois dans le cas 7, près de deux ans dans le cas 17.

Des complications peuvent hâter l'issue fatale :

- Ouverture secondaire de l'abcès dans la vessie.
- Péritonite secondaire toujours à redouter.
- Septicémie.
- Suppuration métastatique.

La guérison peut survenir, mais il faut toujours craindre les récidives parfois éloignées par réouverture de la fistule ; la mort est fréquente en l'absence du traitement chirurgical. Il faut d'ailleurs insister sur la fragilité de ces malades infectées qui supportent difficilement des interventions longues, nous verrons qu'il est indispensable de les opérer en plusieurs fois.

Nous apportons plusieurs observations montrant l'importance de cette surinfection : cas 4, qui finit par guérir ; cas 7 et 17, qui sont morts malgré l'intervention.

Dans la statistique de WHARTON, sur 32 abcès pelviens ouverts dans l'intestin, 5 sont morts, soit 15,6 %.

3° Persistance des fistules

Chaque fois que la collection se sera ouverte dans le tube digestif et à l'extérieur, il s'ensuivra une *fistule pyo-stercorale*.

Au point de vue ANATOMIQUE, il faut distinguer :

— a) *Des fistules recto-vaginales*. A vrai dire, la communication entre le rectum et le vagin n'est qu'indirecte par l'intermédiaire de la cavité puru-

lente et lorsqu'il s'agit d'abcès pelviens, du Douglas en particulier, il serait plus logique de dire, comme le fait remarquer WHARTON, fistule recto-péritonéo-vaginale.

— b) *Des fistules abdominales* qui mettent en connexion l'intestin et la paroi par l'intermédiaire de la cavité de suppuration.

L'orifice abdominal peut siéger en un point quelconque de la paroi abdominale, si le foyer s'est fistulisé spontanément ; si la fistule survient après intervention, elle siège au niveau de la cicatrice (iliaque sous-péritonéale de POZZI, médiane sous-ombilicale, le plus souvent).

Le trajet des fistules est plus ou moins long, souvent étroit et sinueux. Il existe des cas très complexes avec plusieurs fistules abdominales et lombaires reliant par des trajets tortueux souvent difficiles à retrouver à l'intervention, des poches plus ou moins importantes : l'observation 17 en est un bel exemple.

Le siège de la fistule sur l'intestin est variable : le rectum est le plus souvent en cause, ce qu'expliquent les rapports intimes de cet organe avec les phlegmons et les abcès pelviens.

C'est cette partie de l'intestin qu'envisage surtout M. le Professeur Pierre DELBET dans les « Suppurations pelviennes », avec 16 cas sur 19.

De même, les 32 cas de WHARTON sont des fistules rectales.

Dans la statistique de R. JENSON, il y a 12 fistules rectales sur 14. Vient ensuite le côlon pelvien, qui

est très fréquemment en rapport avec les suppurations pelviennes : 2 cas de R. JÉNSEN, un cas de M. Pierre DELBET, nos observations n° 17 et n° 5.

La fistule peut siéger sur le cæcum ; point déjà signalé par Pozzi dans l'évolution des phlegmons du ligament large, M. Pierre DELBET en signale 2 cas, nous en apportons un, le n° 17.

L'intestin grêle est plus rarement en cause : un cas de M. Pierre DELBET, associé d'ailleurs au sigmoïde, un cas de LEFÈVRE et LAPORTE.

L'orifice intestinal est habituellement unique, mais il peut en exister 2, 3 et même 4 (PELKONEN).

Il faut faire une mention spéciale des cas associés à une fistule vésicale, car ils sont fréquents et compliquent le traitement :

4 cas sur 33 fistules de PELKONEN ;

1 cas de WHARTON ;

Le cas n° 6.

LE MODE D'APPARITION DE CES FISTULES est variable :

Il peut être spontané et primitif : l'abcès s'ouvre à l'intestin et à l'extérieur, le plus souvent à la fois dans le rectum et le vagin.

Souvent la fistule apparaît après une intervention chirurgicale pour abcès déjà ouvert dans l'intestin, colpotomie ou incision haute.

La fistule peut être secondaire à une blessure chirurgicale de l'intestin au cours d'une opération pour abcès non encore ouvert ou déjà refermé.

Au cours de la colpotomie, les lésions du rectum

ne sont pas exceptionnelles en dépit de l'habileté des opérateurs. Comme le dit WHARTON, les mêmes causes qui amènent l'abcès à pointer, puis à s'ouvrir dans le rectum, rendent facile la blessure de cet organe au cours de la colpotomie ; le clamp passe à quelques millimètres d'un rectum œdémateux, friable et parfois nécrotique. Dans d'autres cas, à vrai dire exceptionnels, un abcès rétro-rectal peut repousser cet organe en avant et amener le clamp de colpotomie à perforer deux fois l'intestin avant de l'atteindre. Sur les 716 cas de WHARTON, 9 fois le rectum a été ouvert accidentellement à l'opération ; il l'a été 5 fois sur les 328 cas de R. JENSON. Plus rarement peuvent s'observer, au cours de la colpotomie, des blessures du sigmoïde, voire d'une anse grêle incarceration dans le Douglas.

On sait combien sont difficiles les opérations abdominales pour suppuration ancienne du pelvis adhérentes à l'intestin et à quel point est délicate la séparation de l'intestin et des parois du foyer ; CHALIER et VERGNORY, AUVRAY ont bien montré ces difficultés opératoires qu'entraînait l'existence de fistule intestinale antérieure ; on comprend alors la relative fréquence des fistules pyo-stercorales post-opératoires. Ce sont surtout les opérations pour tuberculose annexielle qui donnent des fistules, car l'intestin est souvent envahi par le processus bacillaire (DESGOUTTES et OLIVIER), mais aussi les interventions pour salpingites banales. Dans la statistique de PELKONEN, à laquelle nous avons déjà fait allusion, sur 47 cas,

il y a 14 fistules dues à une blessure opératoire de l'intestin.

La fistule peut apparaître immédiatement après l'opération ou lors de la convalescence. *Les fistules recto-vaginales qui surviennent au cours de la convalescence* d'un abcès du Douglas ouvert par colpotomie sont intéressantes à étudier. WHARTON en a fait une étude détaillée. Différentes causes pouvant être reconnues à ces fistules, on peut les distinguer d'après la date d'apparition de la fistule.

Certaines sont précoces, apparaissant trois jours après l'opération (7 cas sur 12 de la statistique de WHARTON) ; elles relèvent vraisemblablement de blessure opératoire du rectum.

D'autres sont tardives : 6^e, 7^e, 8^e, 11^e jour de la convalescence ; on peut alors invoquer l'ulcération de la paroi rectale par le drain de caoutchouc : la fistule apparaissant lorsqu'on mobilise le drain ; aussi WHARTON recommande-t-il l'usage de matériel de drainage mou : gaze iodoformée ou drains lâches « cigarettes », que l'on place avec précaution pour qu'ils n'appuient pas trop sur le rectum.

En dehors de l'ulcération par le drain, il faut, dans certains cas, invoquer l'état préexistant de la paroi rectale œdématiée, cartonnée ou amincie et WHARTON pense que le changement de pression intra-pelviennne, les modifications des rapports des organes du petit bassin, peuvent, par la dépression qui suit l'évacuation du pus, provoquer la rupture de la paroi intestinale malade.

Nous avons observé deux fistules survenues après colpotomie : l'une (obs. n° 4), cinq jours après, qui a entraîné des phénomènes nets de surinfection ; l'autre cinq jours après, qui s'était vraisemblablement ouverte dans le côlon pelvien (obs. n° 5).

EVOLUTION DES FISTULES. — La formation de ces fistules est un point très important dans le pronostic des abcès ouverts dans l'intestin ; trop souvent on n'a voulu voir que le résultat immédiat favorable que peut donner l'évacuation des suppurations pelviennes dans le tube digestif, sans songer à l'infirmité importante et particulièrement pénible à supporter pour une jeune femme, que peut constituer la persistance de fistules.

Nous étudierons séparément l'évolution des fistules intestino-vaginale et celle des fistules abdominales.

Les fistules intestino-vaginales, le plus souvent rectales, vont se traduire par le passage dans le vagin des gaz et des matières, soit totalement, soit en partie. Il s'ensuit un état d'irritation important de la muqueuse vaginale et cervicale qui est luisante et œdématiée ; cette réaction vaginale est très importante au point de vue thérapeutique.

Ces fistules peuvent se fermer spontanément dans un grand nombre de cas : « Il est de règle de voir la fistule se fermer assez rapidement (FORGUE et MASSABUAU) ». « La fistule se referme, en général, spontanément si on lui laisse un temps suffisant (RIES JENSON) ».

Si nous nous référons une fois de plus à la statis-

tique de WHARTON, nous voyons que dans l'ensemble le pronostic de ces fistules recto-vaginales est bon : sur 18 cas de fistule, 12 soit un peu plus de 66 % guérissent spontanément en trois semaines; les 6 malades restantes quittèrent l'hôpital avec leur fistule et l'auteur n'a malheureusement pas su ce qu'elles sont devenues.

Dans les observations que nous rapportons, le pronostic de la fistule a aussi été favorable puisque quatre fois nous avons noté la fermeture de la fistule.

Il n'en reste pas moins qu'il existe des fistules qui ne se ferment pas d'elles-mêmes et nécessiteront un traitement chirurgical. De plus, la fistule peut se rouvrir ultérieurement et il est des malades chez lesquelles on assiste à des alternatives de fermeture et d'ouverture de la fistule ; d'autre part si l'abcès récidive il tend toujours à se rouvrir dans le rectum : 2 abcès ayant eu cette évolution ont été observés par WHARTON.

Les fistules pariétales sont très variables : elles peuvent être uniques ou multiples, siéger en un point quelconque de la paroi, souvent elles siègent au niveau d'une cicatrice aux bords déprimés adhérents dans la profondeur. Elles laissent passage à des écoulements d'abondance variable, constants ou intermittents, de pus mêlé à des matières liquides, irritant la peau, pouvant attaquer par leurs fer-

ments la paroi abdominale, s'il s'agit de fistules du grêle. Parfois la symptomatologie est discrète, la fistule étant étroite, seul le passage de gaz intestinaux fait reconnaître son existence.

On devra chercher à *préciser le trajet de la fistule* en y introduisant un petit stylet ou une fine sonde en gomme. Lorsqu'on hésite pour savoir si la fistule conduit dans l'intestin ou si plusieurs fistules dépendent du même foyer on injectera par la sonde introduite dans une fistule un liquide coloré (bleu de méthylène par exemple) et on notera si la coloration apparaît dans les matières, les urines ou au niveau des autres fistules.

Mais ce qu'il faut absolument déterminer, c'est le siège exact de la lésion du tractus digestif. Différentes méthodes peuvent être utilisées dans ce but.

L'ingestion d'un cachet de carmin et la mesure du temps qu'aura mis l'écoulement fistulaire pour se colorer peuvent déjà donner une indication approximative. De même dans les fistules du gros intestin l'évaluation de la quantité d'eau qu'il a fallu injecter par lavement pour quelle apparaisse à la fistule peut faire estimer à peu près le siège de l'orifice intestinal.

La *recto-sigmoïdoscopie* peut être précieuse dans les fistules basses.

L'*examen radiologique* est le seul à pouvoir fournir les renseignements qui sont nécessaires, c'est dire qu'il est indispensable. On peut procéder par

lavement baryté : on suit sous l'écran radioscopique la progression de la masse opaque qui, à un endroit précis, vient s'infiltrer dans le trajet fistulaire ; mais ce procédé ne convient, bien entendu, qu'aux fistules rectales ou coliques.

Le seul procédé que l'on peut appliquer à tous les cas est de dessiner la fistule en y injectant une substance opaque aux rayons X : on introduit une fine sonde dans un des orifices externes des fistules et on introduit lentement avec une seringue un liquide de contraste (lipiodol ou ténébryl plus fluide) ; on suit radioscopiquement le trajet du liquide jusqu'à son débouché dans l'intestin. Il sera bon de prendre alors plusieurs clichés sous des incidences diverses pour préciser la direction et la longueur du trajet, ses ramifications possibles et le siège exact du ou des orifices intestinaux.

L'existence des fistules peut être un phénomène isolé chez une malade guérie de son infection, mais le plus souvent par suite de la surinfection l'état général est sérieux : gros amaigrissement, fièvre oscillante. Cette surinfection domine le pronostic et le traitement par suite de la mauvaise résistance de ces malades aux opérations longues et délicates que nécessite la cure de ces fistules.

4° Les hémorragies secondaires

C'est une autre complication très grave de l'ouverture dans l'intestin des suppurations pelviennes.

Elles sont vraisemblablement dues à la rupture des riches vaisseaux de la paroi intestinale ulcérés par le processus inflammatoire lors de son extension à cette paroi.

Cette complication n'a pour ainsi dire pas été signalée dans les différents travaux sur les abcès et phlegmons pelviens. Rappelons cependant une observation de SCHWARTZ (*Société de Chir.*, 4 juillet 1888, p. 580) :

Abcès pelvien ouvert dans le rectum 9 ans auparavant, qui présentait des poussées successives suivant l'ouverture ou la fermeture de la fistule et qui fit plusieurs hémorragies abondantes ; à l'opération on découvre à 4 ou 5 cm. de l'anus, encadrant en bas l'ouverture rectale de l'abcès, un groupe de veines dilatées, turgescents, semblables à trois gros grains de raisin noir. Après destruction au thermocautère, les hémorragies n'ont plus reparu.

Notre maître le Professeur Mocquot insiste dans les observations qu'il nous a confiées, sur l'importance et la gravité de ces hémorragies. En effet, dans un cas, une hémorragie abondante est survenue après l'incision d'un phlegmon pelvien ouvert dans le cæcum (obs. n° 7) ; elle a cédé au tamponnement ; dans un autre cas (n° 4), à deux reprises, un abcès pelvien ouvert par colpotomie, puis fistulisé secondairement dans le rectum, a fait des hémorragies inquiétantes ; dans un dernier cas d'abcès avec fistule recto-vaginale une hémorragie très abondante

survient le soir, une transfusion sanguine n'améliore que peu l'état de la patiente qui meurt le lendemain matin (obs. n° 5).

On voit le danger que ces hémorragies font courir aux malades ; elles posent des problèmes thérapeutiques délicats : on ne peut le plus souvent intervenir directement sur le foyer pelvien, les traitements généraux sont bien peu efficaces ; il semble que le seul traitement possible consiste à mettre au repos la fistule par la dérivation des matières ; nous y reviendrons.

Ainsi donc, l'évolution des suppurations pelviennes, ouvertes dans l'intestin, peut être très grave ; la vie de la malade est menacée par de gros dangers ; la surinfection, complication presque constante, qui à elle seule peut entraîner la mort dans le marasme, les hémorragies ; tardivement peut persister une infirmité très pénible qui, à la longue, peut aussi tuer par surinfection associée, ce sont les fistules.

Le *pronostic* est difficile à établir ; cependant si l'évacuation de pus dans les selles a été franche et continue, si l'amélioration est rapide, on peut espérer la guérison ; à l'opposé, si l'évacuation se fait irrégulièrement, si la température persiste, si malgré l'ouverture la collection persiste ou s'étend, le pronostic doit être réservé.

CHÂPITRE QUATRIÈME

SUPPURATIONS D'ORIGINE INTESTINALE

Il faut opposer à l'évolution parfois très grave des abcès d'origine gynécologique, le bon pronostic des abcès à germes intestinaux ; ce sont essentiellement les abcès appendiculaires, nous n'y insistons pas.

En effet, dans ces cas la complication majeure de l'ouverture dans l'intestin : la surinfection du foyer par les microbes fécaux n'est plus à redouter puisque ces germes sont aussi la cause de la suppuration.

Il est de règle de voir guérir rapidement et simplement les abcès appendiculaires qui s'ouvrent dans l'intestin ; il est d'ailleurs classique d'ouvrir par le rectum ces abcès, toutes les fois qu'il est possible de le faire (Discussion de la *Société de Chirurgie*, surtout en 1907, et *Thèse* de SÉNÉCHAL, Paris, 1908).

C'est cette quasi-constance de la guérison des abcès appendiculaires après leur fistulisation dans l'intestin qui a pu faire croire par une généralisation injustifiée que toutes les suppurations guérissaient par drainage intestinal spontané ou provoqué. Nous

croyons qu'il faut nettement séparer les suppurations à microbes banals dont la surinfection est grave des suppurations à microbes intestinaux dont l'évolution naturelle est l'ouverture dans la cavité intestinale.

Est-ce à dire que cette évolution se passe toujours sans complication ? Non, mais elles sont plus rares et moins graves. Une seule complication est fréquente, c'est l'insuffisance du drainage par la fistule digestive, à quoi il est facile de remédier chirurgicalement. Mais on peut observer des hémorragies qui peuvent être inquiétantes et surtout des fistules pyo-stercorales persistantes.

SÉNÉCHAL en rapporte un cas dans sa thèse (observation n° 1).

Le Docteur GÉRARD-MARCHAND a observé un cas d'abcès appendiculaire avec fistules vaginale et rectale persistantes, qui est encore en cours de traitement.

FERRANDO a rapporté un cas de pelvi-péritonite par perforation du côlon sigmoïde qui fut ouverte par voie abdominale ; à la sortie de l'hôpital, le malade présentait encore une fistule donnant par intermittence.

TROISIEME PARTIE

ETUDE THERAPEUTIQUE

Les indications thérapeutiques seront à étudier dans trois circonstances différentes, selon que :

- 1° La collection menace de s'ouvrir dans l'intestin ;
- 2° La collection vient de s'y ouvrir ;
- 3° L'ouverture a entraîné des complications.

CHAPITRE PREMIER

LA COLLECTION MENACE DE S'OUVIR DANS L'INTESTIN

C'est, à vrai dire, presque uniquement, dans les cas où une suppuration menace de perforer le rectum que le problème se pose.

L'ouverture systématique de la collection par cet organe a été systématiquement recommandée par de nombreux chirurgiens, qui en ont vanté les bons résultats. Citons entre autres : BYFORD, 1886 ; GRASER, ALLIS, 1896 ; JABOULAY, 1899 ; ROTTER, 1900 ;

RIVIÈRE, KELLY, MORIAN, 1906 ; MAC LAREN, 1908 ;
RITCHIE, MOYNIHAN, 1918.

Cette voie d'abord est discutable ; en effet, elle présente des dangers certains : danger d'hémorragie par blessure des vaisseaux du rectum ; risque de blesser une anse sigmoïde ou grêle incarcérée dans le Douglas. C'est une méthode aveugle et souvent elle draine mal car le drain est difficile à placer et à maintenir, presque impossible à remettre si il est tombé. Des auteurs, qui pratiquaient cette méthode systématiquement, ont dû reconnaître que le drainage par incision rectale était insuffisant : MORIAN (*lococitato*), STREISSLER ont dû, l'un deux fois, l'autre une, contre-inciser secondairement.

La surinfection de l'abcès par les microbes de l'intestin est surtout le gros reproche à faire à cette méthode, car nous avons vu qu'elle pouvait être la gravité de cette surinfection.

M. Pierre DELBET disait, dans les suppurations pelviennes : « L'antisepsie est impossible dans ces conditions et inciser un abcès par voie rectale, cela me semble s'exposer volontairement à tous les accidents de la chirurgie d'autrefois ».

A notre sens, l'incision rectale doit être absolument proscrite dans le traitement des suppurations pelviennes d'origine génitale chez la femme.

Par contre, elle conserve toute sa valeur dans le traitement des abcès appendiculaires où la surinfection fécale, « Kotinfektion » des Allemands, n'est pas

à redouter; mais il ne faut inciser que des abcès fluctuants et bombant nettement dans le rectum.

Lors des discussions sur le traitement des abcès appendiculaires à la *Société de Chirurgie*, la plupart des chirurgiens qui avaient pris la parole ont vanté les bons résultats de l'incision rectale, seul PICQUÉ s'y était déclaré opposé (1907). SÉNÉCHAL, dans sa *Thèse* en 1908 a, lui aussi, apporté des cas favorables.

Pour M. OMBRÉDANNE (*Chirurgie infantile*, 1932), si l'abcès est perceptible sous la paroi abdominale, il vaut mieux l'aborder par là ; dans le cas contraire l'évacuation par le rectum « aidera quelquefois utilement au travail de la nature ».

La technique de l'incision rectale est simple : malade en position de la taille périnéale sous anesthésie générale, on commence par pratiquer une dilatation anale, puis on introduit des valves ou un spéculum pour découvrir la paroi antérieure du rectum ; on ponctionne alors en se guidant sur un doigt la collection et lorsque l'on a trouvé le pus on incise sur l'aiguille ; on termine l'opération en plaçant un drain ou une mèche qui tient peut-être mieux.

Donc, pour nous résumer si la suppuration est d'origine intestinale ou appendiculaire : incision par voie rectale si elle bombe dans le rectum. Si la suppuration est d'origine gynécologique, éviter absolument l'ouverture rectale et inciser la collection là où elle est accessible le plus facilement.

En conséquence, les abcès pelviens d'origine gynécologique devront être abordés par *colpotomie*, et comme le plus souvent ces collections bombent dans le Douglas, elles seront facilement abordées par colpotomie postérieure. Nous ne reprendrons pas la technique de cette opération, aujourd'hui banale. Elle a été pratiquée pour la première fois par MACARA, en 1788, puis d'abord très utilisée notamment par VELPEAU, DUPUYTREN, RÉCAMIER, elle fut presque abandonnée à la suite des découvertes de LAWSON-TAIT ; ce sont les travaux de LAROYENNE (1886), et les discussions de la Société de Chirurgie, en 1896, qui la remirent en honneur.

Cependant il nous paraît important de préciser certains points de détail afin d'éviter la blessure du rectum au cours de l'opération : tout d'abord, il faut par un toucher rectal et vaginal prudent, pratiqué sous anesthésie (WHARTON), vérifier les rapports de l'abcès avec le rectum ; au cours de l'intervention, il faut avoir bien soin de ne pas quitter le contact de la face postérieure de l'utérus et de ne se servir que d'instruments mousses ; la question du matériel de drainage est aussi très importante, ainsi que nous l'avons déjà exposé ; il faut se défier du matériel de drainage rigide, tels les drains de caoutchouc habituels, qui peuvent ulcérer la paroi du rectum ; on utilisera de préférence les mèches de gaze roulées en forme de cigarette, « drains cigarettes » des auteurs américains, ou les lames de caoutchouc ondu-

lé comme le recommande notre maître le Professeur MOCQUOT.

Les phlegmons pelviens seront incisés par voie vaginale s'ils sont bas situés, bombant dans le vagin et le rectum (phlegmons de la gaine hypogastrique); on incisera avec précaution à cause de l'uretère et des vaisseaux utérins le point saillant. Si les phlegmons sont à développement supérieur, abdominal (phlegmons du ligament large), on les incisera parallèlement à l'arcade de FALLOPE par la voie sous-péritonéale de Pozzi (CULLEN).

Chez l'homme les rares suppurations d'origine non-appendiculaire si elles sont hautes, abdominales, seront incisées par laparotomie. Si elles sont basses, strictement pelviennes, elles pourront être abordées, de même que les collections de la femme vierge, par les voies sacrée latérale (ou para-sacrée), coccygienne ou périnéale. STREISSLER (cf. Bibliographie) a fait une étude détaillée anatomique et chirurgicale de ces diverses voies d'abord et il a conclu en donnant la préférence à la voie coccygienne que l'on peut facilement élargir en voie para-sacrée.

CHAPITRE DEUXIÈME

LA COLLECTION PELVIENNE VIENT DE S'OUVRIR DANS L'INTESTIN

Un examen clinique attentif est nécessaire lorsqu'une collection pelvienne s'est ouverte dans l'intestin, afin de décider de la conduite à tenir :

— *a)* Dans certains cas, l'évolution se présente comme favorable : les signes tant fonctionnels que généraux se sont amendés, le pus s'évacue régulièrement dans les selles, la collection diminue progressivement de volume. Il faut s'abstenir de tout traitement chirurgical ; les soins locaux (glace, injections vaginales) suffiront à aider la guérison, qui doit être rapide sinon des complications ultérieures sont à redouter ;

— *b)* Les signes cliniques ne montrent pas d'amélioration : après une brève sédation des symptômes, on observe une recrudescence de tous les troubles, l'abcès ne se vide que par intermittence, la collection tend à se reformer ou à s'accroître.

— 1°) Il faut tout d'abord tenter le traitement médical.

Outre la glace sur le ventre, on pratiquera une vaccination. C'est le Propidon de M. DELBET qui paraît le plus actif et le plus couramment employé ; il serait fait à de fortes doses : par exemple 3, 4, 5 centimètres cubes à deux jours d'intervalle, en s'assurant que l'on obtient une nette réaction fébrile.

Lorsque le microbe pathogène est nettement déterminé, on peut utiliser la sérothérapie spécifique ; enfin, dans tous les cas, la chimiothérapie (Rubiazol ou dérivés de la sulfamide) nous paraît susceptible d'action très favorable.

Sous l'influence de ces thérapeutiques, on peut obtenir une guérison secondaire.

— 2°) Malgré le traitement médical, l'abcès ouvert dans l'intestin ne guérit pas.

Il ne faut surtout pas prolonger cette thérapeutique, car l'infection persistant par insuffisance de drainage, il est nécessaire de le parfaire rapidement par intervention chirurgicale.

Si l'ouverture s'est faite dans le rectum, il peut paraître logique d'utiliser cette ouverture pour drainer l'abcès. Après une dilatation anale on agrandit l'orifice, sous le contrôle de la vue et on y place un drain. Mais en pratique cette technique est difficile à réaliser : l'orifice est peu visible dans une muqueuse épaissie et tomenteuse, et même si on peut l'apercevoir, il est très délicat de le cathétériser : dans le cas n° 9, malgré l'instrumentation

rectoscopique, il fut impossible de passer une sonde dans le trajet. Enfin, il est très difficile de maintenir un drain dans la fistule. Mais ce qui est plus grave que ces difficultés techniques, c'est qu'en agrandissant l'orifice fistulaire, on laisse les matières fécales pénétrer largement dans le foyer; aussi le pronostic de cette méthode est-il loin d'être favorable; sur 5 cas que rapporte M. Pierre DELBET, qui ont été traités selon ce procédé, il y a 2 guérisons et 3 morts; l'auteur concluait en disant qu'il fallait proscrire entièrement le drainage rectal.

Il faut donc, dans tous les cas où le drainage intestinal est insuffisant, inciser la collection là où elle est abordable, tout comme si elle n'était pas fistulisée dans l'intestin.

On pratiquera donc, selon les cas, une colpotomie ou une incision abdominale. De plus, certaines méthodes plus spéciales ont été proposées: M. Pierre DELBET recommandait la voie ischio-rectale dans les abcès haut situés. MARTIN, suivi de nombreux auteurs américains, proposait d'aborder l'abcès par laparotomie pour l'abaisser; d'autres chirurgiens conseillent d'intervenir directement sur l'abcès par voie abdominale pour l'enlever, méthode parfaitement logique dans les salpingites ou les kystes suppurés, nous y reviendrons, inutilisable ou très dangereuse dans les autres suppurations; enfin, dans certains cas, on pourrait marsupialiser la poche à la paroi abdominale.

L'hystérectomie vaginale peut par contre, dans

tous les cas de suppurations pelviennes étendues persistant malgré l'ouverture intestinale et la colpotomie, donner d'excellents résultats. Cette opération, proposée par PÉAN et LAROYENNE, a surtout été défendue par Pozzi dans le traitement des suppurations pelviennes. Elle permet en effet, un excellent drainage, très supérieur à celui de la colpotomie, creusant un véritable canal de drainage dans les lésions, débordant, si on le peut dire, un petit bassin plein de pus.

Le risque de toutes ces opérations est évidemment la fistule stercorale post-opératoire. Cependant elle ne serait pas, d'après M. Pierre DELBET, très fréquente ; en effet, sur une statistique de 31 cas d'abcès ouverts dans l'intestin et incisés secondairement (13 par le vagin, 5 par l'abdomen, 13 par laparotomie avec incision et suture à la paroi) il n'a observé qu'une fistule persistante.

La possibilité de persistance de fistule nous paraît, d'après les cas observés par nous, un peu plus grande : en particulier dans le cas n° 7, un phlegmon pelvien ouvert dans le cæcum est, après l'incision, resté fistuleux et s'est accompagné de phénomènes de surinfection qui ont fini par entraîner la mort malgré l'intervention.

Quoiqu'il en soit de ce risque de fistule, il ne faut pas hésiter à contre-inciser, puisque l'on peut obtenir souvent ainsi une guérison rapide.

CHAPITRE TROISIÈME

TRAITEMENT DES ABCES FISTULISES ET SURINFECTES

Ce sont les cas les plus graves, ceux dont le traitement est le plus complexe ; nous étudierons d'abord les méthodes thérapeutiques générales, puis nous essayerons de dégager les indications propres aux cas particuliers.

1° Les méthodes générales

A. — Certaines méthodes s'adressent directement à la fistule

1° LES SUTURES.

Dans certains cas, la fistule peut être abordée par laparatomie et suturée. Il faut alors pratiquer un avivement économique et une régularisation des bords de la fistule, puis il faut suturer plan par plan avec le plus grand soin, au catgut ou au fil de lin ; la péritonisation exacte de la suture a la plus grande importance. Il est prudent, en cas de fistule du gros

intestin, de vérifier comme le fait M. MOULONGUET, si la fistule est bien fermée en faisant donner, après la suture, un lavement coloré et en regardant si rien ne transude au niveau du surjet.

Cette technique, faite avec minutie et par des chirurgiens exercés, peut donner de bons résultats, mais elle présente des dangers : réouverture possible de la fistule avec péritonite secondaire ; de plus les parois intestinales, souvent amincies et altérées au voisinage de la fistule, ne permettront pas la suture.

CZARKOWSKI, en 1912, apportait 8 observations de sutures avec 8 bons résultats, mais il faisait remarquer que la cicatrisation était lente, surtout en cas de fistule du gros intestin.

2° LES RÉSECTIONS.

L'état de l'anse fistulisée peut nécessiter des opérations plus importantes ; l'existence de plusieurs fistules, l'altération des parois sur une grande étendue, ce qui n'est pas rare, conduira à pratiquer une résection d'une anse grêle ou d'une partie du côlon.

Mais cette résection est une opération longue, souvent choquante chez de grands infectés, la suture rétablissant le cours des matières peut être difficile.

LEFÈVRE et LAPORTE ont relaté récemment un cas d'abcès pelvien fistulisé dans une anse grêle, qui a très bien guéri, après la résection.

PELKONEN a rapporté, en 1936, une très intéressante statistique de 47 fistules traitées par ces méthodes directes, qui nous permet d'apprécier la valeur de cette thérapeutique.

Une première série de 10 cas a été opérée par ENGSTROMM ; il fit 7 sutures et 3 résections (une d'une anse grêle, une du côlon ascendant, une du côlon sigmoïde) et il obtint 3 guérisons, 1 amélioration et 6 morts (dont 2 seraient indépendantes de l'opération) ; dans 3 cas, il y eut persistance de fistules stercorales.

La deuxième série de 4 cas a été traitée uniquement par sutures ; il y eut 1 guérison, 1 amélioration, 2 morts et 2 persistances de fistules ; la mortalité pour ces 2 groupes s'élève donc à 57,1 %.

La troisième série a été traitée par WICKMANN avec une technique très précise : suture au catgut en 2 ou 3 plans avec péritonisation très soigneuse de la suture et des zones dépouillées de l'intestin et, point sur lequel l'auteur insiste beaucoup, drainage uniquement vaginal ; cette série comporte 33 cas (20 fistules spontanées, 3 post-opératoires), avec 15 fistules du grêle, 2 du cæcum, 3 du sigmoïde, 15 du rectum, 4 fistules vaginales et 3 vésicales associées.

Ce groupe a donné 32 guérisons et seulement 1 mort.

PELKONEN en concluait l'excellence de la suture dans tous les cas de fistules à condition de faire une

péritonisation solide et soigneuse et de ne drainer que par le vagin.

B. — Les méthodes indirectes

Nous citerons d'abord certaines méthodes anciennes à peu près abandonnées actuellement :

1°) TERRILLON, TILLMANS conseillaient dans les cas complexes, associés en particulier à des fistules vésicales, de suturer à la paroi abdominale les parois de la cavité suppurante, de suturer la plaie intestinale ou vésicale ou à défaut de les tamponner seulement ; ils apportaient de bons résultats.

2°) D'autres techniques n'ont plus guère qu'un intérêt historique, telles par exemple que l'entérographie intra-péritonéale (GUINARD, TRÉLAT), l'abouchement de la fistule dans l'intestin (PAUCHET, *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1900), l'anastomose récurrente de NICOLADONI, les entéroplasties épiploïques, péritonéales, par le ligament large (SNEGUIREFF), la face postérieure de l'utérus (ROUX, de Lausanne). Nous n'y insisterons pas davantage pour arriver à ce qui nous paraît être la méthode de choix : la dérivation des matières.

3° LES DÉRIVATIONS INTESTINALES.

La pénétration des matières dans le foyer et l'infection par les microbes de l'intestin qui en résulte, nous paraît, ainsi que nous l'avons déjà exposé, être

la cause principale des évolutions graves des collections pelviennes ouvertes dans l'intestin ; en conséquence il apparaît logique de pallier cette complication par la dérivation des matières fécales à distance du foyer pelvien.

Le principe de ce traitement a été posé par le Professeur Pierre DELBET dans son remarquable ouvrage sur « Les Suppurations pelviennes » (1891), auquel nous avons déjà fait de nombreux emprunts.

« Une des principales causes qui empêche la guérison de ces abcès, ce doit être la pénétration des matières fécales dans leur foyer ; il est très probable qu'en évitant cette pénétration, les abcès guériraient. On se trouve ainsi conduit à détourner le cours des matières fécales, à faire un anus contre-nature temporaire ».

Mais il ajoutait : « Les ennuis de l'anus contre-nature, les difficultés et les dangers des opérations destinées à le guérir sont tels, que je crois qu'il ne faudrait avoir recours à ce moyen qu'après avoir tout épuisé ».

Actuellement la chirurgie de l'intestin est entrée dans la pratique courante et la fermeture d'un anus artificiel est une opération banale et sans danger, aussi cette idée de M. Pierre DELBET peut-elle être largement utilisée.

Déjà, à la suite de cet auteur, de nombreuses tentatives de traitement des abcès fistulisés avaient été

faites, deux méthodes étaient proposées : les colostomies, les exclusions.

— a) *Les colostomies.*

Parfois elles furent pratiquées par nécessité au cours d'une opération, par exemple dans les observations n° 3 de BIER (*Münch. Med. Wochenschrift*, 1895) et n° 12, de SCHILLER (*Beit. z. Klin. Chir.*, 1896).

En France, elles furent pratiquées systématiquement comme moyen de traitement, par REVERDIN et par MAUCLAIRE qui apporta une expérimentation sur la question (IX^e Congrès de Chirurgie, 1895).

Citons encore les travaux de GUINARD, LE DENTU, de LEHMANN (*Beit. z. Klin. Chir.*, 1897).

ROUX, de Lausanne, dans la thèse de son élève PIOTROWSKA, a rapporté, en 1902, 4 cas de fistules pyostercorales dues à des tubercules annexielles qui ont été traitées par l'anus contre-nature temporaire (2 fois d'emblée, 2 fois après suture du rectum) avec 3 guérisons.

Notre maître M. le Professeur MOCQUOT a appliqué cette méthode, qu'il serait juste d'appeler méthode de Delbet, à plusieurs cas d'abcès pelviens, dont on trouvera plus loin les observations.

M. le Docteur MOULONGUET-DOLÉRIS a traité, selon ces principes, plusieurs salpingites fistulisées dans l'intestin ; il a bien voulu nous en confier les observations, nous l'en remercions vivement.

— b) *Les exclusions.*

Elles ont fait l'objet de très nombreux travaux : nous citerons les entéro-anastomoses latéro-latérales

de CHAPUT 1894, les entéro-rectostomies de PROTTER (*Arch. für Klin. Chir.*, 1899) ou par le procédé de l'emporte-pièce de LARDENNOIS, 1899, nous rappellerons aussi les procédés de CASAMAYOR (*Journ. hebdomadaire de Méd. de Paris*, IV), de CHAPUT 1896, de VERNEUIL, appliqués aux fistules entéro-vaginales.

Ces diverses techniques ne donnent que des dérivations incomplètes qui n'empêchent pas les matières de passer en partie par la fistule ; pour assurer une dérivation complète qui est nécessaire, il faut pratiquer une exclusion bilatérale. Beaucoup de ces opérations ont été publiées, citons : HOCHENEGG, 1891 ; NARATH, 1896 ; HEIDENREICH, 1896 ; VON EISELBERG, 1898 ; BARACZ, 1899 ; OBALINSKI.

TERRIER et GOSSET ont fait une remarquable revue générale de la question dans la *Revue de Chirurgie* en 1900 et ils conseillaient l'exclusion bilatérale avec occlusion partielle de l'anse exclue.

Nous ne reprendrons pas la description des différentes techniques, mais nous insisterons sur le fait que ces exclusions sont des opérations longues, difficiles et souvent très graves, qui souvent ne suffisent pas à elles seules à assurer la guérison (LE DENTU, NARATH).

Les diverses opérations rapportées avaient, d'ailleurs, surtout été dirigées contre des fistules secondaires à des lésions de l'intestin ou à des cas de tuberculose génitale, sauf un cas de VON EISELBERG qui a fait une exclusion pour une fistule consécutive à une paramétrite suppurée.

Pratiquement il faut réduire la dérivation des matières fécales à une intervention aussi simple et peu choquante que possible et adaptée aux lésions anatomiques : s'il s'agit de suppurations fistulisées dans le rectum ou le sigmoïde, il suffit de faire une colostomie par anus iliaque gauche ; on aura bien soin de fixer les deux branches de l'anse l'une à l'autre pour constituer un éperon qui facilitera la fermeture ultérieure de l'anus, on place des fils cutanés d'attente qui permettent lorsque l'on ouvre l'anse au bout de deux ou trois jours de réaliser sans anesthésie un affrontement muco-cutané; d'ailleurs toute l'opération a pu être faite sous anesthésie locale, ce qui choque au minimum les malades. On peut aussi avoir recours dans ces cas à l'excellent procédé de colostomie par anus sous-angulo-colique selon la technique de M. le Professeur CHEVASSU, comme cela a été fait dans l'observation 6.

Si la fistule siège sur le cæcum ou sur le grêle, il sera alors nécessaire de faire une exclusion par iléo-transversostomie. Il faut, par laparotomie médiane, découvrir la dernière anse, la sectionner, fermer le bout inférieur et anastomoser par suture termino-latérale le supérieur au côlon transverse. On ne réalise ainsi qu'une exclusion unilatérale ; il semble qu'il vaille mieux en effet ne faire que cela, sinon on serait vraisemblablement conduit à faire ultérieurement une hémicolectomie droite. L'iléo-transversostomie est une opération grave dans les abcès ou phlegmons pelviens fistulisés à cause de la fragilité

très grande de ces malades, c'est aussi une intervention souvent techniquement difficile : les adhérences serrées qui unissent les anses grêles rendent délicate la reconnaissance de la dernière anse iléale et celle du sens du courant ; VON EISELBERG l'avait déjà fait remarquer (*Arch. für Klin. Chir.*, 1898 : « L'orientation dans ces cas est impossible », disait-il ; ces adhérences ont aussi été extrêmement gênantes dans le cas 7 ; il est prudent, devant de pareilles difficultés, de prendre l'anse grêle que l'on suppose la plus inférieure et, après section, d'en anastomoser les deux extrémités dans le côlon.

La dérivation des fèces va mettre le foyer suppuré à l'abri de la redoutable surinfection stercorale, l'état général s'améliore très rapidement, la fièvre cesse (cf. l'obs. 6), parfois cette dérivation pourrait même suffire à amener la guérison ; mais le plus souvent elle ne sera que le premier temps du traitement, permettant de pratiquer ensuite, en toute sécurité, une opération radicale : drainage large ou si possible ablation de la cavité suppurante avec, s'il le faut, suture de la fistule dont la dérivation assurera une cicatrisation facile. Ultérieurement, dans les cas de colostomie, on fermera l'anus artificiel par le procédé intra-péritonéal, aujourd'hui courant et sans danger.

La dérivation des matières doit donc prendre une place très importante dans le traitement des abcès fistulisés et surinfectés ; car elle permet de pratiquer ensuite avec une sécurité bien plus grande les opérations que nécessitent ces affections.

2° Les indications thérapeutiques

Il est, à vrai dire, souvent difficile de les préciser exactement.

A. — Abscesses et phlegmons pelviens

En période aiguë, c'est-à-dire en présence d'une suppuration ouverte depuis peu de temps dans l'intestin et qui s'aggrave, le traitement chirurgical n'a que peu d'indications : il faut se contenter d'assurer un drainage suffisant, en soutenant l'état général et en luttant contre l'infection par les vaccins, la chimiothérapie et au besoin par de petites transfusions sanguines.

Cependant dans certains cas on peut se trouver poussé à l'intervention : lorsque la surinfection fécale paraît dominer et, surtout, lorsque des hémorragies importantes se produisent l'indication nous paraît majeure. Dans ces conditions si la fistule siège sur le rectum ou le sigmoïde, ce qui est d'ailleurs le cas le plus fréquent, on pratiquera une colostomie; mais si la fistule siège sur le cæcum, l'opération d'exclusion est si « terriblement dangereuse » qu'il vaut mieux s'en abstenir (Mocquot).

Par contre en période chronique, devant une suppuration fistulisée persistante, l'intervention chirurgicale aura les plus larges indications. Mais le moment de l'opération est difficile à fixer : en effet, on a intérêt à opérer le plus loin possible de la poussée

aiguë, d'autre part il ne faut intervenir que si l'on est sûr que la guérison spontanée ne peut plus se produire mais, et M. Pierre DELBET y insistait déjà, il ne faut pas trop attendre car l'état général s'aggravant progressivement rend les malades de plus en plus fragiles à l'intervention ; de plus, les parois de l'abcès s'indurent, s'épaississent, ce qui compliquera encore le traitement.

Il ne nous paraît pas possible de donner une date exacte pour intervenir ; c'est une question variable avec chaque cas, toujours difficile ; il ne faut pas se laisser écarter par des rémissions trompeuses : il est certain par exemple que dans les cas 7 et 17 les opérations auraient pu réussir si elles avaient été plus précoces ; nous pensons qu'il vaut mieux faire une colostomie pour une collection évoluant déjà depuis longtemps mais qui pourrait peut-être guérir spontanément, que de se trouver amené à opérer une malade tombée dans la cachexie et l'hecticité, incapable de supporter la moindre intervention.

A cette période chronique nous pensons que la seule opération possible est la dérivation des matières : « L'indication ne paraît pas douteuse : l'établissement d'une colostomie permet de pratiquer ultérieurement, dans des conditions bien plus grandes de sécurité, l'opération d'exérèse » (Mocquot). Donc si la fistule siège sur le rectum ou le sigmoïde on pratiquera la colostomie iliaque gauche, si elle siège sur le cæcum l'iléo-transversostomie.

Lorsque la dérivation des matières aura amélioré

l'état général on procédera au débridement des trajets fistuleux, qui peut parfois suffire ou à l'intervention par voie abdominale pour enlever la cavité suppurante et traiter les lésions intestinales par suture ou exclusion si cela paraît nécessaire.

Nous insisterons sur certaines données pratiques que nous ont appris les cas observés : il nous paraît capital d'opérer en plusieurs temps, les porteurs d'abcès fistulisés surinfectés sont d'une fragilité extrême, ne pouvant supporter une opération un peu longue (cf. le cas 17) ; il faut donc, avant tout, faire la dérivation, mais ne faire qu'elle dans la première séance opératoire.

D'autre part, la dissection des trajets fistuleux (surtout en cas de phlegmon pelvien) s'est montrée difficile et très saignante : dans ces tissus lardacés, chroniquement enflammés, l'hémostase est particulièrement difficile ; on peut penser que l'issue malheureuse de l'opération chez la malade n° 17 est due pour une grande part à ce fait. Nous croyons que l'emploi du bistouri électrique faciliterait considérablement cette dissection.

B. — Salpingites et pyosalpinx

Il nous apparaît nécessaire de les séparer, car c'est une éventualité fréquente et qui pose des problèmes particuliers.

Parfois la fistulisation de ces lésions dans l'intestin est connue avant l'intervention et il est alors ha-

bituel de noter des alternatives de fermeture et d'ouverture de la fistule. M. Pierre DELBET conseillait d'opérer en période de fermeture ; d'autres auteurs, parmi lesquels SAVARIAUD, CHAVANNAZ, opèrent sans tenir compte de ces données.

D'autre fois le problème est un peu différent : la fistule est ignorée ou se produit lors de la libération des annexes.

La conduite à tenir devant une fistule intestinale à la fin de l'hystérectomie a fait l'objet de nombreuses discussions qui ont été exposées dans la thèse d'EVARD ; nous ne les reprendrons pas et nous nous bornerons à rappeler ces conclusions aujourd'hui admises par la majorité des chirurgiens.

Il est un point sur lequel il faut insister : c'est la nécessité de séparer avec soin la grande cavité péritonéale du petit bassin infecté par le pus annexiel et la fistule ; aussi est-il de bonne règle de terminer l'opération par un cloisonnement du petit bassin par surjet colo où recto-vésical associé à un drainage vagino-pelvien selon la méthode de CHAPUT.

La suture de la plaie intestinale, le plus souvent rectale ou colique, n'est pas toujours nécessaire ; EVARD conseillait de ne la faire que si elle se présentait comme facile sur des tissus peu altérés, dans les cas contraires il pensait que le simple tamponnement suffisait. Dans les cas où le rectum est envahi par la suppuration il est bon, comme le conseille le Docteur MOULONGUET-DOLÉRIS, de placer un drain dans cet organe après dilatation anale.

Si la lésion siège sur le grêle, nous pensons par contre qu'il est nécessaire de suturer ou, au besoin, de réséquer l'anse malade.

En dehors de ces notions banales, il en est une qui nous paraît extrêmement importante : c'est la nécessité de terminer l'intervention lorsqu'il y a plaie ou fistule importante du rectum ou du sigmoïde par une colostomie de dérivation, de façon à éviter la surinfection fécale du petit bassin. L'anus iliaque gauche est, dans ces cas, le facteur essentiel de guérison de la fistule, comme nous l'a enseigné M. MOULONGUET-DOLÉRIS.

QUATRIÈME PARTIE

OBSERVATIONS CLINIQUES

I. — Nous apportons des observations d'*abcès* et de *phlegmons pelviens d'origine génitale*.

A) Certains ont guéri très simplement après leur ouverture dans l'intestin.

OBS. N° 1. — *Abcès pelvien post-abortionum. Evacuation dans le rectum. Guérison.*

Madame C..., 32 ans, est entrée dans le service du Professeur LENORMANT, pour des métrorragies, le 19 septembre 1938. Il s'agit d'une fausse-couche de 2 mois environ, qui s'accompagne de phénomènes infectieux avec température à 40°.

Un curettage est pratiqué après lequel la température reste irrégulièrement oscillante ; on fait alors trois injections de Propidon. Puis la malade accuse des douleurs dans la fosse iliaque gauche ; le toucher montre que les culs-de-sac latéraux et de Douglas sont très douloureux et empâtés. Le 28 septembre apparaît une diarrhée abondante suivie de selles glaireuses. La température reste à 39° ; une collection de pus se constitue dans le Douglas ; elle s'évacue spontanément dans le rectum le 3 octobre. Aussitôt après la fièvre disparaît,

l'état général s'améliore progressivement, l'évacuation de pus dans les selles se continue pendant 4 jours.

Le 12 octobre, la température est à 37° ; il n'existe plus qu'un léger empâtement dans le cul-de-sac gauche; la leucocytose est de 9.800.

On fait cependant une nouvelle série de Propidon le 18 octobre. La malade subira une hystérectomie pour salpingite le 11 novembre (Professeur LENORMAND) et guérira parfaitement.

OBS. N° 2 (Docteur PERGOIA, Service du Professeur LENORMAND). — *Pelvi-péritonite ouverte dans le rectum. Evolution favorable. Hystérectomie. Guérison.*

Madame M..., 24 ans.

Entrée à l'Hôpital Cochin pour crises douloureuses abdominales avec vomissements et de la fièvre (39°), le 29 septembre 1938,

L'examen montre de la douleur avec défense pariétale dans les deux fosses iliaques, à l'examen gynécologique une masse très douloureuse bombant dans le Douglas et se prolongeant dans les culs-de-sac latéraux.

Cet état se maintient plusieurs jours sans changement, la température se maintenant à 39°.

Des numérations globulaires successives montrent : le 30 septembre, 14.300, et le 3 octobre, 11.600 leucocytes.

On pratique alors le 5 octobre la vaccination par le Propidon, qui est terminée le 8 octobre.

La température commence à osciller, des numérations globulaires annoncent la suppuration : 18.000 leucocytes le 11 octobre, 24.000 le 13 ; 19.100 le 14.

Localement, l'abcès pelvien très douloureux bombe dans le rectum ; il s'y ouvre spontanément le 16 ; l'évacuation de pus est peu abondante.

La température tombe brusque de 39° à 37°5 et restera dès lors à un niveau normal.

Cependant des douleurs assez vives reprennent au bout de quelques jours, puis cessent.

Une hystérectomie totale pour métrite et annexite est pratiquée par le Docteur PERGOLA, le 10 novembre ; on a constaté, lors de l'opération, que l'orifice rectal n'était même plus visible.

OBS. N° 3 (Service du Professeur LENORMANT). — *Pelvi-péritonite ou pyosalpinx ouvert dans le rectum. Guérison.*

Madame L., 27 ans, serveuse de restaurant.

Fausse couche provoquée par la malade le 20 septembre 1938. Curettée à Cochin le 25 septembre.

Sort guérie huit jours plus tard.

Revient le 6 octobre pour fièvre, douleurs vives dans la fosse iliaque gauche s'exaspérant à la défécation. On trouve alors au toucher vaginal une grosse masse annexielle gauche du volume d'une mandarine.

La malade est traitée par glace et Propidon : 2, 3, 4 cm³.

La vaccination est terminée le 10 octobre.

Le 11 octobre, une numération globulaire montre 12.300 globules blancs dont 69,8 % de polynucléaires.

Malgré ces signes hématologiques de suppuration, la température a baissé, les douleurs ont disparu le 13 octobre.

Le 17 octobre, subitement, évacuation d'une selle purulente fétide ; l'évacuation de pus par le rectum va se poursuivre pendant une huitaine de jours.

Mais cette débâcle purulente n'a pas amené de façon nette la guérison ; la température recommence à oscil-

ler ; il persiste encore le 24 octobre une petite tuméfaction annexielle gauche.

On tente à nouveau le traitement médical (nouvelle série de Propidon) qui suffit à amener la guérison ; la malade sort de l'hôpital guérie, sans fistule.

B) D'autres cas ont fini par guérir après avoir donné de grandes inquiétudes.

OBS. N° 4 (Professeur Mocquot). — *Pelvi-péritonite. Colpotomie. Ouverture dans le rectum. Hémorragies. Etat grave. Guérison.*

« Je suis appelé, le 12 mai 1937, auprès d'une femme de 25 ans, qui présente un état général grave, de la fièvre et des signes de phlegmon pelvien.

Le début de la maladie remonte au mois de mars. A ce moment, elle a été prise brusquement d'accidents aigus abdominaux, avec fièvre, vomissements et diarrhées ; on a cru d'abord à une intoxication. Au bout de quelques jours, les troubles digestifs se sont atténués, mais la fièvre a persisté, et il est apparu dans la partie inférieure du ventre, et surtout à droite, un empâtement, un véritable plastron, qui depuis persiste avec quelques variations. En même temps, l'état général décline peu à peu, la malade a considérablement maigri ; les traitements essayés sont restés sans résultat. On a fait, il y a quelques jours, une transfusion qui a été suivie de frisson et d'élévation de température à 40°.

La situation s'est encore aggravée du fait que, depuis une quinzaine de jours, s'est déclarée une ostéo-périostite de la mâchoire inférieure à droite, avec gonflement, douleur, trismus. L'alimentation est devenue très difficile. La malade ne prend plus que des liquides.

L'examen local montre un énorme empâtement pelvi-abdominal, qui reste assez élevé et ne descend pas dans le Douglas.

L'utérus est englobé dans la masse et ne peut être nettement senti. L'empâtement occupe les deux côtés, toutefois il est plus marqué et la tumeur est plus considérable du côté droit.

Le 18 mai, persistance de la fièvre et des phénomènes généraux.

L'empâtement pelvien paraît avoir augmenté à gauche ; la partie accessible par le toucher vaginal reste dure et ne présente aucun signe de suppuration.

La malade ne s'alimente presque pas. Il persiste une tuméfaction importante le long de la mâchoire inférieure ; du pus s'écoule autour de la dernière molaire. Trismus.

Je conseille de pratiquer l'extraction de la dent malade. L'opération est pratiquée le 25 mai. Les suites semblent favorables. Le 29 mai, le trismus a diminué ainsi que la tuméfaction. La malade s'alimente mieux, mais l'état pelvien ne s'est guère modifié. La tuméfaction est cependant plus accessible.

Le 1^{er} juin, la tuméfaction pelvienne se ramollit ; quelques symptômes d'irritation rectale apparaissent : besoins fréquents, expulsion de glaires.

Le 3 juin, sous anesthésie au protoxyde d'azote, je pratique une colpotomie pelvienne qui évacue une importante collection purulente, occupant surtout la moitié droite du pelvis ; pus grisâtre, quelques grumeaux non fétides ; un drain.

La température baisse, et la malade éprouve un grand soulagement. Elle s'alimente mieux.

Mais après quelques jours, le 8 juin, des gaz, puis des matières font issue par le drain ; une communica-

tion s'est produite avec l'intestin. Les oscillations thermiques reprennent, de nouveau l'état général fléchit.

Le 13, une hémorragie assez abondante se produit par la colpotomie, heureusement elle s'arrête assez rapidement.

Le 14, nouvelle hémorragie plus abondante.

En présence de ces accidents, je propose de faire une dérivation intestinale par colostomie.

Cependant à la suite d'une consultation avec le Docteur GOSSET, le 16 juin, l'hémorragie ne s'étant pas reproduite, on décide de temporiser encore.

A ce moment, la malade est dans un état de maigreur, de cachexie, d'anémie extrêmes ; mais heureusement les hémorragies ne se sont pas reproduites. L'alimentation peut être reprise et l'état s'améliore lentement : l'empatement pelvien régressa peu à peu et l'écoulement des matières devint moins abondant. A diverses reprises des accidents d'infection urinaire nécessitent quelques soins, mais à la fin de juillet, la malade allait beaucoup mieux, la température était normale, la tuméfaction avait considérablement diminué, l'écoulement de matières par la fistule était peu abondant et intermittent.

La tuméfaction pelvienne a régressé peu à peu et la malade a fini par guérir complètement sans autre intervention que la colostomie.

Les règles réapparurent le 2 septembre, puis le 7 octobre assez douloureuses. Dans les jours suivants, la fistule qui paraissait fermée se rouvrit un peu et il y eut passage de quelques matières.

A la fin d'octobre, se produit une petite crise douloureuse et fébrile, puis tout rentre dans l'ordre.

Le 16 novembre, l'utérus est encore immobilisé dans une gangue inflammatoire ; à droite, on sent une traînée

dure qui va vers le sacrum ; à gauche, un empâtement plus volumineux remontant vers le détroit supérieur.

Un mois plus tard, amélioration, l'induration diminue, l'utérus commence à se mobiliser.

Depuis, l'état de la malade n'a cessé de s'améliorer et elle a pu reprendre sa vie normale. »

OBS. N° 5 (Professeur Mocquot). — *Tuberculose annexielle probable. Infection secondaire avec suppuration du Douglas. Colpotomie. Ouverture dans l'intestin. Hémorragies. Mort.*

« Madame D..., 25 ans. Vue le 23 décembre 1937, en consultation. Mariée depuis dix mois, la malade se plaint depuis un certain temps de douleurs dans le ventre qui ont prises, dans les dernières semaines, une acuité plus grande : ces douleurs s'accompagnent de troubles intestinaux, alternatives de constipation et de diarrhée, parfois un peu de ballonnement abdominal. Pas de pertes ; il y a eu des règles peu abondantes et prolongées. Mauvais état général. Amaigrissement, un peu de fièvre ; température à 38°.

La malade aurait eu, il y a quelques années, une pleurésie.

L'examen des selles, de chaque côté une tumeur annexielle inflammatoire, plus volumineuse à droite, où elle atteint la taille d'une mandarine, assez dure, peu douloureuse.

Il y a un peu d'ascite.

On pense à une tuberculose annexielle et je prescris un traitement dans ce sens.

Je suis rappelé auprès de la malade le 17 février 1938, après un séjour à la campagne dans des conditions médiocres la malade revient à Paris, souffrant davantage, présentant de la fièvre, amaigrie.

La tuméfaction pelvienne, surtout à droite, a beaucoup augmenté, elle gagne le cul-de-sac de Douglas, et y fait relief, mais elle est encore très dure.

L'examen du sang donne : Globules rouges, 4.000.000 ; globules blancs, 30.000.

Formule leucocytaire.

Le diagnostic posé est celui de tuberculose annexielle avec infection secondaire et formation probable d'un abcès. Dans les jours suivants, l'évolution se précise.

Le 19, la tuméfaction dans le Douglas a augmenté, les douleurs sont très vives.

La malade est admise à la maison de santé, et le 23 février, je pratique une colpotomie qui ouvre une collection importante, contenant du pus grumeleux, assez fétide. Un drain est placé dans la poche.

La température ne baisse pas immédiatement. Mais la malade est très soulagée.

Le 28 février, le matin en faisant le pansement, on s'aperçoit que des matières fécales s'écoulent par le vagin. Le drain est supprimé, mais il se produit une fistule, probablement avec le côlon pelvien et les matières viennent mêlées au pus à travers la plaie de colostomie.

La fièvre persiste, l'état général est médiocre et, dans ces conditions, je décide de pratiquer le 10 mars, une dérivation des matières.

Dans la soirée du 9 mars, une hémorragie importante se produit ; après avoir mis en œuvre les moyens habituels, je fais pratiquer une transfusion qui arrête l'hémorragie et procure une amélioration temporaire. Mais la malade succombe, sans reprise de l'hémorragie, le 10 mars, au matin ».

C) Voici maintenant plusieurs cas où la gravité de l'évolution a nécessité la dérivation des matières :

OBS. N° 6 (Professeur MOCQUOT). — *Péritonite d'étiologie inconnue. Absès du Douglas. Colostomie. Fistules purulentes, puis vésicales et stercorales. Colostomie. Hystérectomie. Guérison.*

« Une jeune fille de 19 ans est amenée d'urgence dans mon service à l'Hôpital Bichat, le 9 avril 1934, pour une crise douloureuse abdominale datant de cinq jours, accompagnée d'abord de diarrhée, puis de constipation et de fièvre jusqu'à 39°5.

A l'hypogastre, on perçoit une tuméfaction non mobilisable nette et douloureuse, par le toucher on constate que cette tuméfaction bombe légèrement dans le cul-de-sac de Douglas.

Une laparotomie médiane est pratiquée qui montre des lésions de péritonite : grand épiploon très épais, turgescant, rouge violacé ; anses intestinales agglutinées recouvertes d'un enduit pseudo-membraneux épais et consistant ; le décollement prudent des anses ouvre quelques collections de liquide citrin légèrement louche, mais il est impossible de pénétrer dans le pelvis, ni de trouver l'appendice. Drainage avec deux lames de caoutchouc, et fermeture partielle.

Les prélèvements faits n'ont pas permis d'établir avec certitude l'agent de l'infection.

L'intervention est suivie de suppuration assez abondante ; la plaie abdominale se désunit ; la fièvre persiste et le 20 avril, une collection se forme dans le cul-de-sac de Douglas ; elle est ouverte et drainée par colpotomie.

Pendant les semaines et les mois qui suivent, la malade reste dans le même état, suppuration persistante par la plaie abdominale désunie qui ne se sépare que très lentement, suppuration par la plaie vaginale. Persistance de la fièvre, avec une température à oscillations irrégulières. Mauvais état général.

En octobre 1934, je tente une intervention dans le but d'extirper ou au moins de drainer la cavité suppurante. En raison des fistules qui persistent sur la ligne médiane, je fais une incision latérale en coupant le muscle grand droit, je décolle péniblement les adhérences jusqu'à la face antérieure de l'utérus et j'arrive au contact de l'abcès. Deux jours plus tard, j'essaie d'ouvrir la cavité et d'y établir un large drainage; mais ce faisant j'ai fait une petite plaie à la corne vésicale, plaie qui est aussitôt suturée.

Cette intervention amène une certaine amélioration, mais reste insuffisante. La suppuration persiste par les fistules abdominales et vaginales. La malade après quelques semaines quitte l'hôpital, mais elle est obligée d'y rentrer à diverses reprises ; par deux fois, en mars 1935 et en mars 1936, des collections purulentes se forment dans le petit bassin et on les ouvre par la voie vaginale.

En mai 1936, la malade revient à l'Hôpital Broca, parce que depuis quelques semaines s'est produite une *fistule intestinale* : des gaz et des matières passent par le vagin. Il y a encore deux fistules abdominales qui suppurent. La malade est amaigrie, en très mauvais état général. Les urines contiennent du pus.

Après quelques semaines de soins, l'état s'améliore un peu et la malade part en convalescence.

Mais elle revient au mois d'août, parce qu'une fistule

vésicale s'est produite ; une certaine quantité d'urine passe par une des fistules abdominales.

En octobre, la situation s'aggrave ; de grands accès fébriles se produisent.

Le 22 octobre, par une incision courbe sus-pubienne en cheminant péniblement dans des tissus scléreux, j'arrive à reconnaître une cavité suppurante qui paraît constituée aux dépens des annexes droites ; elle est remplie de débris nécrotiques et tapissée de fongosités ; elle est nettoyée à la curette et cautérisée au thermo et drainée.

A la suite de cette intervention, la température se régularise, la plaie se répare lentement, mais il persiste toujours une fistule pyo-stercorale, ouverte dans la cicatrice sus-pubienne et, d'autre part, dans le haut rectum ou le côlon pelvien.

C'est alors que je décide de faire une *exclusion de l'intestin*.

Le 1^{er} février 1937, j'établis un *anus sous angulo-colite gauche* par le procédé de CHEVASSU.

Immédiatement, la température tombe et se maintient normale pendant les semaines qui suivent. Mais les fistules sus-pubiennes et vaginales continuent à suppurer.

Le 20 avril 1937, sous couvert de la colostomie, je pratique, avec de grandes difficultés, *l'ablation de deux tumeurs annexielles inflammatoires abcédées et fistulisées complètement adhérentes dans le pelvis et une hystérectomie subtotal*e. L'abcès gauche était ouvert dans le côlon et après son ablation, la fistule intestinale a été arrêtée et fermée par deux plans de suture. La plaie a été largement drainée et s'est réparée lentement.

L'examen des pièces a montré une infiltration nodu-

laire avec cellules géantes, de nature tuberculeuse probable.

Le 25 juin, la plaie abdominale était presque fermée, il ne restait plus que deux petits orifices suppurant à peine.

Je pratique la fermeture de la colostomie qui est suivie du rétablissement des fonctions intestinales normales.

La malade a été revue depuis à diverses reprises ; elle a repris un bon état général ; les fistules se sont fermées ».

OBS. N° 7 (Professeur MOCQUOT). — *Phlegmon pelvien ouvert dans le cæcum. Evolution très grave. Intervention de dérivation. Mort.*

Madame R..., 29 ans, entre à l'Hôpital Broca le 11 mai 1938, pour un phlegmon pelvien droit.

Le début des accidents remonte à une fausse couche de 2 mois 1/2 environ qui s'est produite en février.

Cet avortement s'est compliqué de fièvre, d'hémorragies et le médecin traitant a pratiqué, deux jours après, un curage digital qu'il aurait répété les jours suivants ; cependant fièvre et hémorragies persistent et nécessitent l'hospitalisation de la malade en clinique 12 jours après, on fait alors un curettage qui fait disparaître les métrorragies. Mais la fièvre persiste (38°5-39°) et il apparaît des douleurs abdominales surtout à droite et un volumineux œdème des membres inférieurs remontant jusqu'aux lombes ; on traite la malade par du « vaccin et du sérum ».

Après 23 jours d'hospitalisation elle rentre chez elle, mais continue à être fébrile, à souffrir de l'abdomen ;

après une quinzaine de jours apparaît une tuméfaction de l'aine droite.

Vers le 8 mai il se produit brusquement une évacuation rectale de pus sanguinolent traduisant l'ouverture de la collection dans l'intestin.

Le 11 mai, à son arrivée à l'Hôpital Broca, la malade est dans un état grave, très amaigrie, pâle et émaciée, avec de l'œdème des membres inférieurs, une fièvre élevée.

L'examen physique (Professeur Mocquot) montre qu'une volumineuse tuméfaction douloureuse occupe la fosse iliaque droite, se prolongeant en dedans au delà de la ligne médiane et faisant relief dans la région vaginale où, sous une paroi amincie et dépressible, on a la sensation d'une collection peu tendue.

Le 12 mai, la collection est incisée (MAZINGARBE), une incision au-dessus de l'arcade crurale, livre issue à du pus fétide mêlé de débris sphacéliques ; on draine par des lames de caoutchouc.

Après l'opération la température s'abaisse à 38°, les douleurs disparaissent, l'état général s'améliore nettement, l'œdème diminue mais il s'est constitué une fistule pyo-stercorale : des matières liquides mêlées à du pus s'écoulent sans cesse par l'incision.

Le 9 juin une hémorragie secondaire se produit après un lavage, mais un tamponnement serré la maîtrise.

Un lavement baryté est administré pour connaître, grâce à la radioscopie, le siège de la fistule intestinale ; on constate qu'il s'agit du cæcum ; on songe alors à pratiquer une anastomose iléo-colique, mais l'état général s'améliorant peu à peu, quoique très lentement, l'extension de l'abcès à la paroi abdominale par un diverticule médian, la probabilité d'adhérences intestinales fragiles font écarter l'opération.

En juillet, l'état s'est nettement amélioré et on peut espérer la guérison spontanée.

Mais en août et en septembre, la malade est reprise de fièvre, l'écoulement des matières par la fistule est toujours très abondant, la cachexie et l'amaigrissement font de rapides progrès.

Le Professeur Mocquot se décide à intervenir le 30 septembre. A l'anesthésie locale, incision sus et sous-ombilicale, on découvre facilement le côlon transverse et en passant à travers l'épiploon on arrive sur les anses grêles qui sont agglutinées par des adhérences plus ou moins solides ; on n'arrive pas à reconnaître avec certitude la dernière anse iléale, ni le sens du courant.

L'intestin grêle est coupé ; le bout supposé périphérique est fermé et le bout supposé central implanté dans le côlon transverse par une anastomose termino-latérale.

Après l'opération se déclarent des accidents d'occlusion intestinale et le Professeur Mocquot réintervient le 3 octobre.

Il désunit à l'anesthésie locale la plaie et la brèche épiploïque, arrive sur l'anastomose autour de laquelle il y a un peu de liquide fétide, le bout de grêle implanté n'est pas distendu mais le bout fermé difficile à voir n'est pas distendu non plus. Toutes les anses grêles sont agglutinées, on est obligé de prendre l'anse grêle distendue qui se présente dans la plaie et, après ponction, de l'anastomoser avec l'anse implantée dans le côlon transverse par anastomose latéro-latérale.

Après l'opération, l'état général reste très grave ; au bout de trente-six heures l'écoulement intestinal par la fistule se reproduit très liquide, mais la malade succombe le 5 octobre.

OBS. N° 17 (Professeur MOCQUOT). — *Phlegmon du ligament large fistulisé dans le colon. Fistules stercorales. Cachexie progressive. Opération. Mort.*

Madame P..., 24 ans, entre à l'Hôpital Broca pour fistules pyo-stercorales avec altération progressive de l'état général le 6 janvier 1939.

Le début des accidents remonte à un accouchement qui a eu lieu en mars 1937, en province. Cet accouchement a nécessité l'extraction aux fers et a été suivi d'accidents infectieux graves septicémiques.

Au bout d'un mois d'infection est apparu un abcès de la fesse, puis un phlegmon du ligament large qui est ouvert dans la région inguinale et par colpotomie ; cependant l'état général s'améliore et la malade peut partir en convalescence. En même temps, le phlegmon s'est ouvert dans l'intestin ; il existe une fistule intestinale.

Elle est cependant loin d'être guérie et, en octobre 1938, elle présente à nouveau des accidents sérieux ; gros amaigrissement, fièvre. Une suppuration apparaît dans la région lombaire droite qui a pu faire penser à un phlegmon périnéphrétique fistulisé à la peau, en réalité c'est une propagation lombaire du phlegmon du ligament large.

Cependant cette épisode de fièvre et de suppuration cède à son tour et la malade part de nouveau à la campagne en convalescence.

Elle est adressée en janvier au Professeur MOCQUOT.

A son entrée c'est une malade pâle, asthénisée, amaigrée, aux traits tirés, irrégulièrement fébrile (37°2-38°4).

Elle présente une fistule dans la région inguinale

droite par laquelle sort un peu de pus mêlé à du liquide louche, fétide et à des gaz.

Dans la région lombaire droite, on note trois à quatre fistules irrégulières à bords décollés par lesquelles sort du pus et par intermittence des gaz et des matières fécales. Il existe une tuméfaction douloureuse le long de la crête iliaque.

Il est vraisemblable que ces fistules sont toutes consécutives au phlegmon pelvien.

On essaie d'en faire la preuve en injectant du bleu de méthylène par une fine sonde introduite dans une des fistules lombaires ; le liquide reflue par les autres fistules et s'étale sous la paroi ; il existe certainement des clapiers et des diverticules, mais le liquide ne sort pas par la fistule inguinale.

Le toucher vaginal ne montre qu'une induration dans le cul-de-sac vaginal droit et en arrière au niveau du ligament utéro-sacré.

Au spéculum on ne découvre pas de fistule ; le cul-de-sac droit est attiré en haut et à droite vers la paroi pelvienne il n'existe pas de trajet fistuleux.

Une numération globulaire donne les résultats suivants :

Globules rouges : 3.700.00.

Globules blancs : 10.000 dont 70 % de polynucléaires.

L'examen radiologique pratiqué montre que la fistule inguinale communique avec le côlon pelvien.

Un examen de pus pratiqué à l'Hôpital Pasteur a montré la présence de streptocoques hémolytiques.

Opération le 9 janvier 1939 (Professeur Mocquot) :

- 1) Colostomie. Fixation du côlon pelvien à la paroi ;
- 2) Débridement des fistules lombaires : on est conduit d'abord en avant sur une collection intra-pariétale développée au niveau de la crête iliaque, puis on dé-

couvre un trajet profond qui conduit dans le plan sous-péritonéal et se prolonge dans la fosse iliaque interne. Un autre diverticule superficiel descend dans la fosse iliaque externe.

Le débridement de tous ces trajets conduit à faire une brèche étendue et profonde que l'on draine avec des lames de caoutchouc sans la tamponner fortement.

Cette opération a entraîné un choc très grave. Le soir, la plaie s'est mise à saigner en nappe ; malgré un tamponnement et une transfusion, la malade a succombé dans la nuit.

Il aurait fallu, dit le Professeur MOCQUOT :

- 1° Se borner à la colostomie ;
- 2° Utiliser, dans un 2^e temps pour le débridement, le bistouri électrique.

II. — Nous n'apportons qu'un cas d'abcès appendiculaire.

OBS. N° 8 (Docteur GENTY). — *Abcès appendiculaire ouvert par le rectum. Guérison.*

Mademoiselle Le D..., 15 ans.

A présenté une crise d'appendicite aiguë le 15 novembre, ; cette crise est traitée médicalement, mais le 20 novembre, une reprise brutale des symptômes se manifeste. La malade est amenée au Docteur GENTY qui l'opère d'urgence. Il trouve du liquide louche, fétide, très abondant dans le péritoine, un appendice recouvert de fausses membranes, très gros et tendu, avec une petite perforation au niveau d'une plaque de sphacèle près de la pointe.

L'appendice est enlevé, on laisse largement ouvert avec deux mèches et un drain.

Après l'opération, la température reste élevée, oscillant entre 38° et 39° ; l'abdomen reste un peu tendu et ballonné, douloureux, quoique l'enfant rende normalement ses gaz.

La plaie a bon aspect, on retire progressivement le drain et les mèches.

Le 29 novembre et les jours suivants, la température s'élève encore et atteint 39°6, puis se met à osciller ; le toucher rectal montre l'existence d'un abcès du Douglas en constatant un gros empâtement très douloureux de cette région.

La température reste élevée, l'enfant souffre et vomit et le 3 décembre la collection bombe très nettement dans le rectum.

Le Docteur GENTY décide alors de l'évacuer par cet organe : sous anesthésie générale l'anus est dilaté et la ponction ayant vérifié l'existence de pus, la collection est incisée et drainée par un tube de caoutchouc.

Le soir même, la température descend et la malade guérit en quelques jours sans aucun accident.

Huit jours après, elle peut quitter la clinique en parfait état.

III. — Voici maintenant des observations de salpingites avec fistules.

A) SALPINGITES BANALES.

OBS. N° 9 (Docteur MOULONGUET). — *Salpingite fistulisée dans le rectum. Hystérectomie. Guérison.*

Madame R..., 59 ans, entre le 18 juillet 1934 à l'Hôpital Tenon, pour des écoulements purulents par l'anus.

Le début des accidents semble remonter à une crise douloureuse abdominale il y a dix ans ; les douleurs ont duré trois semaines ; depuis 18 mois, écoulements puru-

lents jaunâtres par l'anus, irréguliers, survenant avec les selles ou dans leurs intervalles ; depuis 3 mois l'état général s'altère, la fièvre oscille entre 38° et 39°, les écoulements augmentent d'importance.

Le toucher vaginal montre une grosse masse latéro-utérine droite et postérieure.

L'orifice fistulaire est visible à la rectoscopie, mais on ne peut cathéteriser le trajet et, par conséquent, drainer la collection.

Le diagnostic est hésitant entre néoplasme, kyste, salpingite ; finalement, après avoir écarté la colpoto-mie, on se décide pour l'intervention abdominale.

Le 1^{er} août 1934 : laparotomie.

Pas d'adhérence intestinale ; abord facile de la lésion qui semble être un kyste de l'ovaire, les annexes gauches sont saines, mais l'utérus complètement bloqué en arrière. Le rectum est refoulé à gauche ; le kyste ne paraît pas s'ouvrir directement sur lui mais latéralement, et peut-être par l'intermédiaire d'une poche inflammatoire. A l'incision de la tumeur, il sort un pus très fétide ; on assèche par aspiration électrique. La tumeur est libérée par décollement sous-péritonéal, elle est très proche du cæcum et le ligament infundibulo-pelvien est lipomateux et méconnaissable.

Section première du col utérin, libération de l'utérus en arrière ; puis le kyste peut être enlevé mais en laissant une partie de sa paroi adhérente à la fosse para-rectale droite.

Drainage par fente postérieure du col.

Cloisonnement pelvien par deux plans : colo-recto-vésical.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un *pyosalpinx*. Guérison.

En 1937, la malade est toujours en bon état.

OBS. N° 10 (Docteur MOULONGUET). — *Pyosalpinx fistulisé dans le rectum. Hystérectomie.*

Madame A..., 38 ans, entre le 19 avril 1937 à l'Hôpital Tenon, pour douleurs abdominales. Crises de salpingite aiguë à répétition depuis décembre 1936. Traitée en mars par du propidon, la malade peut sortir de l'hôpital le 17 mars, mais aussitôt après elle présente des évacuations purulentes intestinales.

Au toucher vaginal : col dévié légèrement à gauche ; utérus normal légèrement rétroversé, cul-de-sac droit, libre et souple, cul-de-sac gauche bridé et empâté. Le diagnostic de salpingite fistulisée dans l'intestin est aussitôt porté et l'intervention décidée.

Le 24 avril, laparotomie médiane sous-ombilicale à l'éther. Abord assez facile des lésions ; le côté droit est fistulisé mais le côté gauche est trop malade pour être laissé en place. Ouverture première du vagin en avant. On décolle à gauche puis à droite (après ponction d'une poche suppurée). La fistule siège haut sur le rectum, elle paraît à sens unique, on renonce donc à faire l'anus iliaque gauche envisagé ; on ne traite pas la fistule par voie abdominale, gros drain vaginal. Surjet colovésical qui paraît solide avec l'appui d'un gros méso-sigmoïde. Puis dilatation anale. Le rectum est plein de pus, on y place un gros drain.

L'examen de la pièce montre un utérus normal, une salpingite droite avec une poche suppurée à paroi mamelonnée comme la muqueuse gastrique ; grosse réaction hyperplasique œdémateuse.

OBS. N° 11 (Docteur MOULONGUET). — *Salpingite. Fistule. Anus iliaque.*

Madame S..., 28 ans, est envoyée à l'Hôpital Tenon

pour des métrorrhagies, le 20 novembre 1935. Il s'agit d'une jeune femme rhumatisante ancienne ayant un rétrécissement mitral, pâle, asthénique, qui a eu des pertes abondantes à la suite de ses dernières règles.

L'examen montre que le col est augmenté de volume et à peu près fermé mais le corps est très gros, dépassant le pubis de sept centimètres, présentant une bosselure médiane dure, mobile, sur l'utérus que l'on considère comme un fibrome en dépit de l'âge, et l'intervention est décidée.

Opération le 25 novembre, sous rachi-anesthésie.

Adhérences vélamenteuses de l'épiploon. La masse antérieure existe bien mais c'est une salpingite avec kyste séreux encapuchonnée dans la vessie ; on dégage l'utérus, décollation antérieure, extraction facile de la masse annexielle gauche, mais une fois extraite elle se rompt ; le pus se répand dans l'abdomen ; on repère ensuite les annexes droites petites non suppurées très adhérentes au rectum et on les enlève séparément. A ce moment l'apparition dans la plaie de gaz fétides d'origine intestinale certaine, vient traduire l'existence d'une fistule intestinale dont on ne peut cependant préciser le siège. On pratique un anus iliaque de dérivation, on cloisonne l'abdomen par suture de la vessie aux franges et au tablier épiploïques ; ce cloisonnement est complet et fragile. Drainage vaginal par une fente de la lèvre postérieure du col restant.

Suites opératoires favorables sans apparition de fistule ; on décide de fermer l'anus iliaque et on place un entérotome le 17 décembre ; mais quelques jours plus tard la fistule se déclare, elle persiste encore le 10 janvier, mais on prend quand même la décision de fermer l'anus le 11, sous-anesthésie rachidienne.

OBS. N° 12 (Docteur MOULONGUET). — *Fistule recto-vaginale post-opératoire. Suture de la perforation.*

Madame G..., 36 ans, est opérée le 5 novembre 1932, pour salpingite bilatérale purulente, en particulier pyosalpinx gauche. Hystérectomie subtotale par le procédé américain. Cloisonnement recto-vésical.

Quelques jours après l'opération apparaît une fistule intestino-vaginale ; cependant la malade peut quitter l'hôpital dans le délai habituel.

Elle revient en mars 1933 parce que la fistule persiste. La rectoscopie montre un point suspect sur le haut rectum, à dix centimètres environ de l'anus. Opérée le 19 avril 1933 sous anesthésie, au Schleich, le péritoine est sain ; il n'y a pas d'adhérence, l'épiploon est facile à détacher ; on ne retrouve presque pas trace du surjet recto-vésical. On détache le rectum ; la fistule est bien située sur le haut rectum ; l'orifice en est punctiforme ; il est suturé une bourse de catgut et une bourse de lin.

Le col fendu à la première opération est resté largement ouvert ; il est drainé par une mèche iodoformée.

Cloisonnement haut colo-vésical typique, paroi en un plan.

Il semble s'être agi d'un point perforant du surjet colo-vésical lors de la première intervention.

OBS. N° 13 (Docteur MOULONGUET). — *Pyosalpinx. Fistule purulente, puis stercorale. Opération. Guérison.*

Mademoiselle R..., a fait en octobre 1934 une infection intestinale aiguë avec diarrhée, vomissements, fièvre ; puis s'est manifestée une localisation génitale avec au toucher une masse énorme tendue, douloureuse, faisant penser à un kyste de l'ovaire suppuré où à un fibrome compliqué de salpingite.

Le traitement médical n'influence pas l'évolution de ces accidents et, au contraire, devant la menace de symptômes péritonéaux il faut intervenir d'urgence le 2 novembre 1935.

Opération (Docteur R. LEIBOVICI) : Enorme pyosalpinx gauche enclavé dans le Douglas, remplissant tout le ligament large très adhérent au côlon et au rectum contenant près de un demi-litre de pus fétide. L'ovaire est méconnaissable. Autour du pyosalpinx on ouvre plusieurs petites poches suppurées qui étaient probablement de petits abcès de l'ovaire. L'utérus ne présente qu'un petit fibrome sous-séreux pédiculé sur la corne gauche. Les parois de la poche sont nettoyées, on y place un Mikulicz et on péritonise avec le côlon pelvien. Il s'en suit une suppuration abondante qui laisse une fistule purulente ne communiquant pas avec l'intestin.

Le 8 avril 1935, deuxième opération (Docteur LEIBOVICI).

Le trajet plonge dans le bassin et aboutit à gauche de l'utérus à des débris fongueux que le Docteur LEIBOVICI pense être des vestiges ovariens incomplètement enlevés lors de la première intervention. Ils sont extirpés aussi minutieusement que possible, certains adhéraient à l'uretère.

La suppuration diminue considérablement et comme elle paraissait liée à la persistance de minuscules débris ovariens, le Docteur LEIBOVICI fait pratiquer pendant quelques semaines des séances de radiothérapie qui amènent la fermeture complète.

Depuis la malade est en bonne santé, mais de temps en temps a des poussées douloureuses, parfois légèrement fébriles.

En novembre 1937, la malade est opérée par le Doc-

teur GIRODE, pour réapparition de la fistule et opérée sans succès. Après l'opération, l'examen radiographique montre que la fistule communique avec le côlon sigmoïde.

Quatrième opération le 24 janvier 1938 (Docteur MOULONGUET).

Adhérences intestinales du grêle et du cæcum difficiles à libérer ; la corne vésicale gauche est aussi très adhérente et libérée avec peine.

La fistule est alors disséquée, elle est tangentielle au sigmoïde et aboutit à la fosse pararectale gauche. La région sigmoïdienne suspecte est toute proche du bord mésentérique ; il faut décoller avec beaucoup de mal le méso-sigmoïde du pelvis. La face latérale gauche du rectum ne présente pas de perforation. Suture du sigmoïde après excision économique par une bourse au catgut et au fil de lin qui se serre mal (points isolés transversaux au fil de lin), mais un lavement au bleu de méthylène pratiqué pendant l'opération montre que la fermeture est étanche.

Pas de drainage direct, mais drainage transpariétal.

Il n'y a pas eu d'examen histologique, il ne semble pas que la tuberculose puisse être invoquée.

Guérison.

En août 1938, la malade est en parfait état ; elle a augmenté de 8 kilogs.

OBS. N° 14 (Docteur MOULONGUET). — *Pyosalpinx et abcès de l'ovaire ouvert dans l'intestin.*

Madame D..., 74 ans, est envoyée à l'hôpital pour sub-occlusion intestinale le 1^{er} décembre 1938. Elle présente depuis longtemps des douleurs abdominales accompagnées de constipation ancienne et, depuis un an,

de pertes tantôt purulentes, tantôt hydropurulentes rosées.

Le toucher vaginal montre un utérus augmenté de volume avec une grosse masse à gauche qui bombe dans le rectum.

La malade a un très mauvais état général (température irrégulière, dyspnée, pseudo-asthme cardiaque).

Le 10 décembre, à la suite d'un lavement baryté, la collection pelvienne s'ouvre dans le rectum.

Opération le 17 décembre (Docteur MOULONGUET).

Grosses adhérences mais uniquement pelviennes, la poche purulente est ponctionnée puis vidée par aspiration. On ne trouve pas en arrière la fistule rectale qu'on cherchait ; en avant, la vessie se décolle et découvre les annexes droites saines.

Section du col qui est très mou.

Décollement terminal de la poche suppurée.

Saignement en jet et en nappe dont l'hémostase est difficile.

On songe à faire une dérivation mais on y renonce.

Mikulicz, paroi en un plan.

L'examen de la pièce montre que l'utérus est distendu légèrement mais sain ; la poche suppurée est constituée par l'ovaire gauche, il y a en plus un pyosalpinx gauche qui communique peut-être avec elle.

Bactériologiquement il y a des aérobies, des streptocoques.

L'examen histologique montre qu'il s'agit, non pas d'un kyste suppuré mais d'un pyosalpinx avec abcès de l'ovaire.

B) DES SALPINGITES TUBERCULEUSES.

OBS. N° 15 (Docteur MOULONGUET). — *Tuberculose génitale. Lésions intestinales. Opération. Dérivation. Mort.*

Madame C..., Léonée, 28 ans, présente une longue histoire clinique : crises douloureuses abdominales accompagnées de diarrhée glaireuse, fièvre oscillante, altération progressive de l'état général, aménorrhée persistante.

L'examen physique montre une masse annexielle gauche du volume d'une orange avec induration du côté droit. Le diagnostic clinique porté est celui de péritonite avec salpingite tuberculeuses et, malgré la gravité de l'état général (cachexie progressive avec pigmentation addisonnienne), le Docteur MOULONGUET se décide à intervenir devant l'échec des traitements physiothérapiques (rayons X, insolation).

Intervention le 19 mai 1937.

L'ouverture du péritoine est facile ; il n'y a d'adhérences épiploïques qu'avec les organes pelviens. Le pelvis est barré par le cæcum et le sigmoïde étroitement accolés. Il paraît y avoir des granulations sur les anses grêles étroitement unies ; en se repérant sur le ligament rond on découvre les annexes gauches qui contiennent du pus crémeux ; après ponction évacuatrice elles sont décollées. On se porte ensuite sur les annexes droites qui sont en rapport avec un appendice plongeant ; l'utérus est découvert en dernier, il est de type infantile.

Hystérectomie subtotale.

Le cæcum se trouve déchiré près de l'insertion de l'appendice. Le sigmoïde est ouvert, à son contact avec

l'isthme salpingien qui paraît s'y être fistulisé (mais le contenu du pyosalpinx gauche n'est pas fétide).

Fente postérieure du col, drain vaginal, surjet colovésical qui est incomplet à droite où l'uretère est apparent et où il n'y a aucune étoffe dans la fosse para-rectale. Mèche iodoformée en ce point.

Le cæcum ptosé est facilement extériorisé à la partie supérieure de l'incision. Paroi en un plan, anus iliaque gauche sur baguette de verre avec tube de Paul.

Suites opératoires : Il apparaît une fistule intestinale du grêle qui cependant n'empêche pas l'anus iliaque de fonctionner. De plus il y a un écoulement abondant de matières liquides par la partie basse de la plaie et le vagin.

La cachexie s'aggrave de plus en plus, la malade meurt le 7 août 1937.

OBS. N° 16 (Docteur MOULONGUET). — *Salpingites tuberculeuses. Lésions intestinales. Hystérectomie. Anus iliaque. Guérison.*

Madame Le D..., 24 ans, est entrée à l'Hôpital Tenon pour crise douloureuse fébrile accompagnée de leucorrhée et de dysménorrhée.

L'examen clinique montre l'existence d'une salpingite bilatérale avec empâtement et perception de masses annexielles.

Malgré l'absence de signes d'infantilisme dans les antécédents génitaux et de tuberculose pulmonaire, on fait le diagnostic de tuberculose génitale sur l'évolution irrégulière ne réagissant pas à la vaccination (propidon) sur la courbe de température avec poussées fébriles on fait pratiquer des séances de radiothérapie en janvier 1936.

La température baisse, les douleurs cessent, la malade sort en bon état.

Elle revient en octobre pour une métrorrhagie ; ses règles étaient conservées malgré la radiothérapie et elle perdait du sang depuis un mois.

L'examen montre alors un kyste mou gros comme un poing, à droite de l'utérus.

L'intervention se trouve indiquée et elle est pratiquée le 24 octobre.

Il n'y a pas de péritonite tuberculeuse.

Le sigmoïde est très adhérent à la vessie et aux annexes gauches. Pour libérer il faut passer à travers un tissu gommeux nettement reconnaissable, limité à l'adhérence. Un deuxième point d'attache doit être libéré.

L'utérus est petit, infantile, les annexes gauches adhérentes avec une trompe bouchée.

A droite on trouve une masse kystique peu tendue (kyste ou hydrosalpinx) qui adhère en bas au rectum par une gomme intermédiaire du volume d'une grosse noix.

L'hystérectomie est facile, mais il faut passer à travers la gomme du Douglas pour libérer le rectum ; au cours de ces manœuvres le kyste s'ouvre, il en sort de la sérosité.

Péritonisation facile et correcte du fond du pelvis enfouissement par deux bourses de lin de chacun des trois points gommeux de l'intestin.

Anus iliaque gauche non ouvert immédiatement, drain dans le Douglas.

La malade sort guérie de l'hôpital.

CONCLUSIONS

I. — L'ouverture dans l'intestin d'une collection pelvienne est une éventualité assez fréquente. Ce peut être un mode de guérison, ce peut être la source de complications très graves. Le facteur essentiel des évolutions graves nous paraît être la surinfection du foyer par les matières fécales, ce qui nous conduit à distinguer, au point de vue évolutif, deux grandes sortes d'abcès : ceux dus à des microbes d'origine intestinale (abcès appendiculaires avant tout), qui guérissent presque toujours ; ceux d'origine génitale chez la femme qui se compliquent souvent : altération progressive de l'état général pouvant conduire à la mort dans l'hecticité, possibilité d'hémorragies graves.

II. — D'autres complications sont communes aux deux groupes, mais plus fréquentes dans les suppurations gynécologiques, ce sont l'insuffisance du drainage intestinal, la persistance de fistules pyostercorales.

III. — Au point de vue thérapeutique, il faut s'efforcer d'éviter que les suppurations génitales ne

s'ouvrent dans l'intestin, mais on peut ouvrir par le rectum les abcès appendiculaires qui y bombent.

IV. — Le traitement des collections ouvertes dans le tube digestif, qui ne guérissent pas nous paraît être avant tout la dérivation des matières par colostomie ou exclusion selon les cas. Le principe de cette méthode avait été donné par DELBET, en 1891.

V. — Nous avons essayé de préciser les indications de cette méthode selon les cas et particulièrement dans le traitement chirurgical des salpingites accompagnées de lésions intestinales.

VI. — Nous rapportons diverses observations de collections pelviennes ouvertes dans l'intestin, dont quelques-unes furent traitées selon ces principes.

Vu :

Vu :

LE DOYEN :

LE PRÉSIDENT DE LA THESE :

TIFFENEAU.

MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne rapportons des nombreuses publications sur les suppurations pelviennes, que celles qui parlent spécialement de l'ouverture dans l'intestin de ces suppurations.

BLOCH et BLONDIN. — Les phlegmons pelviens (*Revue méd. franç.*, avril 1931).

BOURSIER et AUVRAY. — *Précis de Gynécologie*, 1925.

CULLEN. — Les méthodes de trait. des inf. pelviennes (*Rep. from Surg. Gyn. Obs.*, août 1917, p. 134).

CZARKOWSKI. — Trait. chir. des pyosalpinx compliqués de fistules intestinales (*Przegląd. chir. i Gynec.* VI, n° 2, 1912).

DELBET. — Les suppurations pelviennes chez la femme (Paris, 1891).

DESGOUTTES et OLIVIER. — Rôle des lésions intest. dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses (*Lyon médical*, 16 mars 1913).

ELLSWORTH ELLIOT. — Fistules intestinales (*Annals of Surg.* 86, 1927, p. 409).

EVARD. — Plaies du rectum dans les opérations pour salpingites (*Thèse de Paris*, 1922). On y trouvera la bibliographie de ce chapitre.

FERRANDO. — Pelvi-péritonite par perforation de l'anse sigmoïde (*Revista med.-quir. de patho. feminina Buenos-Ayres*, n° 53, mars 1937).

FORGUE et MASSABUAU. — Traité de Gynécologie (collect. du *Traité Le Dentu et Delbet*).

GREENBERG. — Tuberculose génitale (*The J. Hopkin's hosp. med. rep.*, 1921, vol. 21, fasc. 2).

- JABOULAY. — Ouverture par le rectum des abcès appendiculaires (*Lyon médical*, 1899, n° 22).
- LEFÈVRE et LAPORTE. — Abcès pelvien ouvert dans l'intestin grêle (*J. de Méd. de Bordeaux*, CXI, n° 15).
- MAC GREGOR. — Drainage déclive des abcès pelviens (*British J. of Surg.*, vol. 24, n° 94, oct. 1936).
- MAYONNADE. — Les pelvipéritonites (*Thèse Paris*, 1938).
- MAUCLAIRE. — IX^e Congrès de Chirurgie, 1895.
- PELKONEN. — Trait. des fistules après maladies des organes pelviens (*Ann. für klin. Chir.*, 1934, p. 599).
- PIETROWSKA. — Fistules après tuberculose annexielle (*Thèse Lausanne*, 1902).
- POLAK. — Inflammations pelviennes chez la femme (*Gynecologicals and obstetricals Monographs*).
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1892.
- REMILLY. — Tuberculose génitale (*Thèse Paris*, 1920).
- RIES JENSON. — Abcès pelviens chez la femme (*Surg. Gyn. and Obs.*, vol. 63, n° 2, août 1936).
- RÖTTER. — Drainage rectal des abcès append. (*Id.*, mars 1916).
- SÉNÉCHAL. — Abcès appendiculaires (*Thèse Paris*, 1908).
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE, 1907.
- STREISSLER. — Trait. des abcès du Douglas (*Beitr. z. klin. Chir.*, nov. 1912).
- TERRIER et GOSSET. — Exclusion intestinale (*Revue de chir.*, 1900).
- TILLMANS. — Trait. des abcès pelviens (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 15 oct. 1908).
- WHARTON. — 716 cas d'abcès pelviens (*Archiv of Surgery*, 1921, I, p. 262).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13.
EXPOSÉ DU PLAN	14
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Quelles sont les collections pelviennes suppurées qui peuvent s'ouvrir dans l'intestin</i>	15
A. — Affections gynécologiques	15
B. — Affections intestinales	17
La fréquence de leur ouverture dans l'intestin	19
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Etude clinique</i>	21
<i>Chapitre premier.</i> — Signes de l'ouverture de l'abcès dans l'intestin	21
<i>Chapitre II.</i> — Evolution favorable des abcès ouverts dans l'intestin	24
<i>Chapitre III.</i> — Les évolutions défavorables des collections ouvertes dans l'intestin	26
<i>Chapitre IV.</i> — Suppurations d'origine intestinale.	47
TROISIÈME PARTIE. — <i>Etude thérapeutique</i>	49
<i>Chapitre premier.</i> — La collection menace de s'ouvrir dans l'intestin	49
<i>Chapitre II.</i> — La collection pelvienne vient de s'ouvrir dans l'intestin	54

<i>Chapitre III. — Traitement des abcès fistulisés et</i>	
<i>surinfectés</i>	58
1° Les méthodes générales	58
2° Les indications thérapeutiques	67
<i>QUATRIÈME PARTIE. — Observations cliniques</i>	73
<i>CONCLUSIONS</i>	101
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	103



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



